المملكة العربية السعودية وزارة الصحـــة صحة جازان

المـــوقر

سيعادة ميدير إدارة التجهيدزات بصيحة جسازان السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة إلى تعميمكم. المبني على إيميل الشئون الصحية بخصوص الرد على احتياجات المستشفى من الأثاث وغيره عليه مرفق لسعادتكم جميع البيانات بعد استيفاء الدراسة الفنية لاحتياج المستشفى نأمل من سعادتكم التكرم بالإطلاع وإكمال اللازم .

ولكم فائق التحية والاحترام،،،،

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

ص/ للتموين الطبي ص/لملف التموين الطبي ص/ لمراقبة المخزون

المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia وزارة الصحة Ministry of Health General Directorate of Equipment Supplies الإدارة العامة للتجهيزات Department of Tenders & Technical Committees إدارة المنافسات واللجان الفنية (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form Note: 1- This form is to be used for only one type of device. هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط) No.: 2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. Date: (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج) Qty: 3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة) 1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) 2. City (المدينة) ; 3. Region (المنطقة): () ・ () 4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : 5. Device Code (رقم الجهاز او البند) 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب): (جدید) New o Upgrade (ترقية) o Replacement (احلال) o Others (افری) o Expansion (تمديد) 7. Type of Device (نوع الجهاز): (جهاز عادي) Capital equipment o Furniture (أثاث)

o Others (اخرى)

o Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)

Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product, List all factors that apport your request, provide documentation and literature review. (الرحي تزويد الطلب بعبروات فعالة الإعتدام هذا الجهاز وغيضا الرفاق مستدان وبيانات عن المنتج المطلوب الدع طليكي العدال المنافق على معاللة المنافق على معاللة المنافق على معاللة المنافق المنافق على هذا الجهاز معتمدين من الجهاز الرسمية الإستندام هذا الجهاز المعتدين من الجهاز المعاللة المنافقة الم	poort your request, provide documentation and literature review. (الرجي تزويد الطلب بمبرزات فعلية لاستخدام هذا الجياز وفق مستخدات وبنياتات عن المنتج العطوب الدعم والملك المحافد الم			استخدام هذه التقنية) chnology / equipment	الوضف الهدف المعصود مر
البد الخالب بعزرات فعلية لإستخدام هذا الجهاز وينعمل الرفاق ستندات وبيانات عن المنتج المطلوب الدعم طلبكه المسلك على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسعية الاستخدام هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسعية المنتخدام هذا الجهاز على هذا الجهاز بالتنحسل No I How many users are going to utilize this item? Please in details. (هل يوجد مكن جاهز للجهاز المنتخدس هذا الجهاز بالتنحسل) O Yes If yes, state the area/ room? (الخالف الوجد مكن وغرفة الجهاز) O No 3. For replacement / upgrade request only (المنتخد المراد احلاله أو ترقيته) O A. Item to be replaced/ upgraded (البدله المراد احلاله أو ترقيته) O A. Item to be replaced/ upgraded (المنتخذ الصفية) O B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	Does the end-user have the proper credentials to use this item? (هل العلملين على هذا الجهاز معتدين من الجهات الرسعية لاستخدام هذا الجهاز بالتقصيل الخاصة و العملين على هذا الجهاز معتدين من الجهات الرسعية لاستخدام هذا الجهاز بالتقصيل) (علم العلملين على هذا الجهاز بالتقصيل) (علم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتقصيل) (الذا كانت الإجهاز بالتقصيل) (الذا كانت الإجهاز بندم حدد مكان وغرفة الجهاز) (الذا كانت الإجهاز بندم حدد مكان وغرفة الجهاز) (الاحلال والترقية فقط) (الإحلال والترقية فقط) (البند المراد احلاله أو ترقيته) (البند المراد احلاله أو ترقيته) (الموديل والسركة الصائمة)	. Provide	an evidence – based clinical ju	stification for the use of this produ	et. List all factors that
D. Does the end-user have the proper credentials to use this item? (هل العلملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسية لاستخدام هذا الجهاز – ورجي ارفاق الرخابة بالمحمد الخاصة بع O No 1. How many users are going to utilize this item? Please in details. (هل بوجد مكان جاهر المحمد	Does the end-user have the proper credentials to use this item? (مل الماملين على هذا الجياز معتمدين من الجيات الرسعية لاستغدام هذا الجياز برجي ارفاق اوراق الاعتماد الذاصة (كم عدد مستغدمي هذا الجياز بالتنصيل) (كم عدد مستغدمي هذا الجياز بالتنصيل) (كم عدد مستغدمي هذا الجياز بالتنصيل) (مل يوجد مكان جاهز للجياز المطلوب) (مل يوجد مكان جاهز للجياز المطلوب) (الذا كانت الإجابة ينعم حدد مكان وغرفة الجياز) (الاجلال والترقية فقط) (اللجلال والترقية فقط) (البد المراد الحلالة أو ترقية) (البد المراد احلالة أو ترقية) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيا) (الموديل والشرعة المستغيات (الموديل والموديل وال	apport yo	ur request, provide documentat	ion and literature review.	
0. Does the end-user have the proper credentials to use this item? (هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهاث الرسمية لاستخدام هذا الجهاز حير حي ارفاق أور اق الإعتماد الخاصة به و No 1. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم تخد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل) (مل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) (ما يوجد مكان وغرفة الجهاز المطلوب) (الذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) (الا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) (الم المحلال والترقية فقط) (البند المراد إلى العربي والمرديل والترقية فقط) (الموديل والمرديل والشركة المسائلي) (الموديل والشركة المسائلي) (الموديل والشركة المسائلي) (العربي والمرديل والشركة المسائلي) (العربي والمرديل والشركة المسائلي) (العربي والشركة المسائلي) (العربي والشركة المسائلي) (العربي والشركة المسائلي) (العربي والشركة المسائلي)	Does the end-user have the proper credentials to use this item? (هل العاملين على هذا الجهاز معتدين من الجهات الرسموة لاستخدام هذا الجهاز حير حي ارفاق أور اق الإعتماد الخاصة و No Flow many users are going to utilize this item? Please in details. (هل يوجد مكان جاهر الجهاز المطلوب) (هل يوجد مكان جاهر الجهاز المطلوب) (هل يوجد مكان جاهر الجهاز المطلوب) (الذا كانت الإجابة ينعم حدد مكان وغرفة الجهاز) No For replacement / upgrade request only (المبدلال والترقية فقط) A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) Model / Manufacturer (الموديل والشركة المستعد) (المرديل والشركة المرديل والشركة المستعد) (المرديل والشركة المرديل والمرديل والشركة المرديل وال	عم طلبكم ل			
0. Does the end-user have the proper credentials to use this item? (هل العابلين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز بـ التفصيل كes No No 1. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عند مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل) (كم عند مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل) (الذا كانت الإجابة بندم حدد مكان وغرفة الجهاز المطلوب) (الذا كانت الإجابة بندم حدد مكان وغرفة الجهاز) No A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) (المبد المراد احلاله أو ترقيته) Model / Manufacturer (المبد المراد احلاله أو ترقيته) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	Does the end-user have the proper credentials to use this item? (هل الغاملين على هذا الجهاز معتدين من الجهات الرسعية لإستخدام هذا الجهاز - يرجى ارفاق أوراق الإعتماد الخاصة. • Yes • No How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستحمى هذا الجهاز بالتنصيل) • Yes • If yes, state the area/ room? (هل يوجد مكان واهر للجهاز المطلوب) • No • No For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط) • A. Item to be replaced/ upgraded (الرفية المسلمل) • Model / Manufacturer • Name (الرفية المسلملي) • B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.		ب مقم	سام مومعم لض د	ئے طبر۔
(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسعية لاستخدام هذا الجهاز حير حي ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة به و Yes No No I. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتتصيل) (الأد كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) (الذ كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) No A. Item to be replaced/ upgraded (والترقية فقط) (البند المراد لحلاله أو ترقيته) Model / Manufacturer Serial No. Name (المرفم التسلسلي) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستقدام هذا الجهاز – ير حي ارفاق اور اق الاعتماد الخاصة و No Yes No No Is the site of the requested equipment ready? (البحار المطارب التمسيل) No Yes If yes, state the area/room? (البحال وغرفة الجهاز) No No For replacement / upgrade request only (البحال والترفية فقط) A. Item to be replaced/ upgraded (البحال والترفية فقط) Model / Manufacturer Serial No. (الموديل والشركة الصانعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.			عامہ سع ہوات	لعر) رجوره
No	O Yes How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتقصيل) Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز الجهاز المطلوب) O Yes If yes, state the area/room? (الذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) No No A. Item to be replaced/ upgraded (بالبند المراد احلاله أو ترفيته فقط) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الرقم التسلسلي) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.). Does tl	ne end-user have the proper cre	dentials to use this item?	
No	O Yes How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتقصيل) Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز الجهاز المطلوب) O Yes If yes, state the area/room? (الذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) No No A. Item to be replaced/ upgraded (بالبند المراد احلاله أو ترفيته فقط) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الرقم التسلسلي) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	. الخاصة به	ذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد	هاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذ	(هل العاملين على هذا الجو
1. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل) (كل عدد مستخدمي هذا الجهاز بالمطلوب) (على يوجد مكان وغرفة الجهاز المطلوب) (الذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز المطلوب) (الذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) No A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) Model / Manufacturer Serial No. Name (الرقم التسلسلي) (الموديل والشركة المسلمة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل) Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) O Yes If yes, state the area/ room? (الذ كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) O No For replacement / upgrade request only (الإحلال والترقية فقط) O A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (السوديل والشركة الصناعة) O B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.		PARENTO CALVES CONTRIBUTED OF THE PARENT STATE OF THE PARENT OF THE PARE		
2. Is the site of the requested equipment ready? (الله المعلق ال	Is the site of the requested equipment ready? (هل بوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) (هل بوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) (اذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) (اذا كانت الإجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) (الإجلال والترقية فقط) For replacement / upgrade request only (البند المراد احلاله أو ترقيته) A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الموديل والشركة الصائعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.				
O Yes If yes, state the area/room? (الأجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) O No 3. For replacement / upgrade request only (اللإحلال والترقية فقط) O A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O Yes If yes, state the area/ room? (الأجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) O No For replacement / upgrade request only (اللإحلال والترفية فقط) A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترفيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الموديل والشركة الصنائعة) (الموديل والشركة الصنائعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	or the particular of the second	The second secon		AND THE PROPERTY OF A DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PROPE
O Yes If yes, state the area/room? (الأجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) No 3. For replacement / upgrade request only (اللإحلال والترقية فقط) O A. Item to be replaced/upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O Yes If yes, state the area/ room? (الأجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) O No For replacement / upgrade request only (اللإحلال والترفية فقط) A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترفيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الموديل والشركة الصنائعة) (الموديل والشركة الصنائعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.				
O Yes If yes, state the area/room? (الأجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) No 3. For replacement / upgrade request only (اللإحلال والترقية فقط) O A. Item to be replaced/upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O Yes If yes, state the area/ room? (الأجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) O No For replacement / upgrade request only (اللإحلال والترفية فقط) A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترفيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الموديل والشركة الصنائعة) (الموديل والشركة الصنائعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.				
O Yes If yes, state the area/room? (الأجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) No 3. For replacement / upgrade request only (اللإحلال والترقية فقط) O A. Item to be replaced/upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O Yes If yes, state the area/ room? (الأجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) O No For replacement / upgrade request only (اللإحلال والترفية فقط) A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترفيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الموديل والشركة الصنائعة) (الموديل والشركة الصنائعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.				
o No 3. For replacement / upgrade request only (الإخلال والترقية فقط) o A. Item to be replaced/ upgraded (البند المر اد احلاله أو ترقيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الرقم التسلسلي) (الموديل والشركة المسلمة) o B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O No For replacement / upgrade request only (اللاحلال والترقية فقط) A. Item to be replaced/upgraded (اللبند المراد احلاله أو ترقيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الرقم التسلسلي) (الموديل والشركة الصناعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	2 Is the s	ite of the requested equipment	ready? Fusibali itali iata ika a	
3. For replacement / upgrade request only (البند المراد احلاله أو ترقيته) O A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الموديل والشركة الصانعة) (الموديل والشركة الصانعة) O B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	For replacement / upgrade request only (البند المراد احلاله أو ترقيته فقط) A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) Bequipment / Furniture Model / Manufacturer Serial No.	- Contraction of STREET, 1992 (1992 A Street		A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR	The second secon
O A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) No Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الرقم التسلسلي) (الموديل والشركة المسانعة) O B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O A. Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الموديل والشركة الصائعة) (الموديل والشركة الصائعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	o Y6	es If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room	(اذا كانت الاجابة بنع
No Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الرقم التسلسلي) (الموديل والشركة الصانعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No. Name (الرقم التسلسلي) (الموديل والشركة الصافعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	o Y6	es If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room	(اذا كانت الاجابة بنع
Name (الرقم التسلسلي) (الموديل والشركة الصانعة) (الموديل والشركة الصانعة) (الموديل والشركة الصانعة) (الرقم التسلسلي) والشركة الصانعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	Name (الموديل والشركة الصائعة) (الموديل والشركة الصائعة) (الرقم التسلسلي) (الموديل والشركة الصائعة) (الموديل والشركة الصائعة) B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	o Ye	es If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room	(اذا كانت الاجابة بنع
B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O Ye	es If yes, state the acement / upgrade request only	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room محدد مكان وغرفة الجهاز) المحمد ال	(اذا كانت الاجابة بنع
B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O B. What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O Ye	acement / upgrade request only	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room را البند المراد احلاله أو ترقيته (البند المراد احلاله أو ترقيته)	(اذا كانت الإجابة بنع
copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O Ye O No 3.For repl	acement / upgrade request only [tem to be replaced/ upgraded (Equipment /Furniture	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room (للجمال و الترقية فقط) الإحلال و الترقية فقط) المراد احلاله أو ترقيته) (البند المراد احلاله أو ترقيته) Model / Manufacturer	اذا كانت الإجابة بنع (اذا كانت الإجابة بنع
copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.	O Ye O No 3.For repl	acement / upgrade request only [tem to be replaced/ upgraded (Equipment /Furniture	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room (للجمال و الترقية فقط) الإحلال و الترقية فقط) المراد احلاله أو ترقيته) (البند المراد احلاله أو ترقيته) Model / Manufacturer	اذا كانت الإجابة بنع (اذا كانت الإجابة بنع
		O Ye O No 3. For repl O A.	es If yes, state the acement / upgrade request only [tem to be replaced/ upgraded (Equipment /Furniture Name (اسم البند)	م حدد مكان و غرفة الجهاز) ?area/ room (للإحلال والترقية فقط) / (البند المراد احلاله أو ترقيته) Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	(اذا كانت الإجابة بنع
(ما هو سنب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم - يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)	(ما هو سبب احلال او ترقیة الجهاز ولماذا لا یوافق متطلباتکم یجب ارفاق صورة من تقریر اداة الهندسة الطبیة عن وضع الجهاز الحالي)	O Ye O No 3. For repl O A.	es If yes, state the acement / upgrade request only [tem to be replaced/ upgraded (Equipment /Furniture Name (اسم البند)	م حدد مكان و غرفة الجهاز) ?area/ room (للإحلال والترقية فقط) / (البند المراد احلاله أو ترقيته) Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	(اذا كانت الإجابة بنع
THE REPORT OF THE PARTY OF THE		O Ye O No 3.For repl O A.	es If yes, state the acement / upgrade request only [tem to be replaced/ upgraded (Equipment /Furniture Name (اسم البند) What is the status of existing equip	محدد مكان وغرفة الجهاز) ?محدد مكان وغرفة الجهاز) . مراد مكان وغرفة الجهاز (البند المراد احلاله أو ترقيته) . مراد المراد الملاله أو ترقيته (الموديل والشركة الصانعة)	اذا كانت الإجابة بنع Serial No. (الرقم السلسلي))

o C. What is the	ne cost, age, condition and annual usage of current equipment?	F
السنوي له)	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام	
o D . Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?	
ردعاتكم)	(هل يوجد مستهاكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مست	
YesNo	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)	
14. List all efficiency	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,	
procedure time will de	(افكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (crease	
15. Are consumable	s/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بحتاج اي مستهلكات او مستازمات)	
o Yes	If yes, list the cost and quantity that will be used annually?	
	(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)	
o No		
16. The approval fro	m another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology	
مطلوب) (Department	(يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز الد	vi aj
	ipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجه	
		,, <u></u> .

dditional space requirements related to the requested equipment. لمطلوب يحتاج إلى اعمال ما قبل التركيب ،انظمة وير امج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية	(هل الجهاز ال
وعرضي فريت وتعلم أو ملحقات إضافت	
	āda
Pirector of Hospital / Health Facility	Signature:
المنشأة الصحية)	التوقيع) المرابع التوقيع)
Director of Department of Equipment Supplies	Signature:
	(التوقيع)
(مدير التجهيزات بالمنطقة	
	+ + _ + _ + _ +
Director of Health Affairs in the Region	Signature:
(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)	(التوقيع)
	Stamp
	(الختم)

الرقم: ٢٩٢/ م

مستشفى الأمراض الصدرية القيد: 1476834 التاريخ: 29-05-1437هـ 09-03-2016م مرفقات: 1 المرفقات



المملكة العربية السعودية وزارة الصحــــة صحة جازان

الكمية المطلوبة	اسم الصنف	P
o £	مرتبة مريض	1

سعــــادة مـــــدير إدارة التجهيـــزات بصـــحة جـــازان المــوقر السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الحاقاً لخطابنا رقم ١٢٦٥٩٨٥ بتاريخ ١٢٦٥٩٨ه الموجه لسعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان بخصوص طلبنا الموضح أعلاه الخاص بمراتب المرضى ونظرا" لتهالك المراتب بالمستشفى ولعدم توفرها بمستودعات التموين الطبي لدينا منذ سبع سنوات ولحاجتنا الماسة لها حيث تم الرد علينا عن طريق أيميل من مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان بأنه يتم طلب البند عن طريق إدارة التجهيزات بصحة جازان.

نأمل من سعادتكم التكرم بأمركم على من يلزم بتأمينها وصرفها لنا بأسرع وقت.

وتقبلوا فائق تحياتي وتقديري ،،،

المادة ال

مدير مستشفى الأسواض الصدرية بجازان

رزير المسال المتموين الطبي المسال التموين الطبي المسال المتعود الطبي المسال المتعدد المعددة مستشفى الأمراض المصدرية القيد: 1265985 القيد: 1265985 التاريخ: 09-05-1437هـ 18-02-2016م مرفقات: المرفقات صفر



المملكة العربية السعودية وزارة الصحة المديرية العامة للشئون الصحية بحازان مستشفى الأمراض الصدرية بحازان

	الكمية المطلوبة	اسم الصنف	٩
я	٥ŧ	مرتبة مريض	1

سعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان حفظه الله السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تحدون أعلاه طلبنا الخاص بمراتب المرضى ونظرا" لتهالك المراتب بالمستشفى ولعدم توفرها بمستودعات التموين الطبي لدينا منذ سبع سنوات ولحاجتنا الماسة لها.

نأمل من سعادتكم التكرم بأمركم على من يلزم بتأمينها وصرفها لنا بأسرع وقت.

وتقبلوا فائق تحياتي وتقديري ،،،

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ .أسامة بن محمد بمجير

Kingdom of Saudi Arabia المملكة العربية السعودية Ministry of Health وزارة الصحة الإدارة العامة للتجهيزات General Directorate of Equipment Supplies Department of Tenders & Technical Committees إدارة المنافسات واللجان الفنية (تموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form Note: 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط) No. : Date: 2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البياتات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج) Qty: 3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة) 1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى المنشأة الصحية) : 2. City (المدينة): ١ بوغرس) 3. Region (المنطقة): ついい : (اسم الجهاز او البند) 4. Device Name : (رقم الجهاز او البند) 5. Device Code 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب): (خديد) New o Upgrade (ترقية) o Replacement (احلال) o Others (أخرى) o Expansion (تمديد) 7. Type of Device (نوع الجهاز):

o Furniture (أثاث)

o Others (اخرى)

(جهاز عادي) Capital equipment

o Consumable Deal (جهاز مع مستهلکات)

l.Describe t	and the second s	ئ استخدام هذه التقنية) hnology / equipment	
. Provide :	an evidence – based clinical jus	stification for the use of this produ	ct. List all factors that
upport you	ur request, provide documentati	on and literature review.	
لدعم طلبكم له		رات فعلمية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق ص	
	C) 40 C. R U	ود کراسی سم ما رہا۔	العم وم
0. Does th	e end-user have the proper cred	dentials to use this item?	
د الخاصنة بهم	ذا الجهاز ــ يرجى ارفاق أوراق الاعتماد	هاز معتمدين من الجهات الرسمية الأستخدام ه	(هل العاملين على هذا الج
o Ye	es	o No	All Manager and The Control of the C
ing in the state of the state o		nis item? Please in details. (بالتفصيل	(كم عدد مستخدمي هذا الحماز
THE RESIDENCE OF THE PERSON OF	Action of the second se		The second secon
	# # # # # # # # # # # # # # # # # # #		
2. Is the si		يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) ?ready	
o Ye	If yes, state the a	م حدد مكان و غرفة الجهاز) ?area/ room	
o No		ا رہے ملسب نی درہے ملسب نی	21,56
3.For repl	acement / upgrade request only	(للإحلال والترقية فقط)	
o A. I	tem to be replaced/upgraded ((البند المراد احلاله أو ترقيته)	T T T T T T T T T T T T T T T T T T T
No	Equipment /Furniture	Model / Manufacturer	Serial No.
	Name (اسم البند)	(الموديل والشركة الصانعة)	(الرقم السلسلي)
we this	Date of the second seco	2.11.20	
veter that Salar			
	mone di salata de la folia e sonia		20 Aught and 19
		oment and why it no longer meet your	
		ment and why it no longer meet your ment report that justifies the replacement	

C. What is:	the cost, age, condition and annual usage of current equipment?
السنوي له)	(ما هي تكلفة و عمر و حالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام
D. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
دعاتكم)	(هل بوجد مستهلكات ومستازمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
No No	
t all efficiency	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient.
	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient, (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
ure time will o	(اذكر جميع المنافع التي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (lecrease
ure time will o	
ure time will o	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (ecrease) (عدميع المنافع التي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستازمات)
ure time will o	lecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) es/accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستازمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
re consumable Yes	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (ecrease) (عدميع المنافع التي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستازمات)
ure time will o	lecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) es/accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستازمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
e consumable Yes	lecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) es/accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستازمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software system	is, cost of education or
additional space requirements related to the requested equipment.	
طلوب يحدّاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة ويرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)	(هل الجهاز الم
Director of Hospital / Health Facility	Signature:
مدير المستشفى المنشأة الصحية)	(التوقيع)
Divertor of Department of Equipment Symplics	Signature:
Director of Department of Equipment Supplies	(التوقيع)
(مدير التجهيزات بالمنطقة)	
Director of Health Affairs in the Region	Signature:
(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)	(التوقيع)
•	
	Stamp
•	(الختم)
	C. Canada Care
	E 18 5 3 18
	(E) (E) E E E
	C. C

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصبحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

(نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form

Note: 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No.
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.	Date:
	* **
(البيانات سوف تراجع وسيتم اللاعكم بالقرارات والنتائج)	Qty:
3- All Questions must be completed. (بجب الإجابة على جميع الإسئلة)	
5- All Questions must be completed.	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) :

2. City (المدينة):

3. Region (المنطقة): ついた (いん リンツ

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) :

- 5. Device Code (ارقم الجهاز او البند) :
- 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

الجديد) New (جديد)

Upgrade (ترقية)

o Replacement (احلال)

(أخرى) Others

- o Expansion (تمديد)
- 7. Type of Device (نوع الجهاز: : (نوع الجهاز)

(جهاز عادي) Capital equipment

o Furniture (أثاث)

o Consumable Deal (جهاز مع مستهلکات)

o Others (اخرى)

), S ()	م مر کون لدد	<u> </u>	
9, Provide a	n evidence – based clinical ju	stification for the use of this produ	ct. List all factors tha	
	r request, provide documentat			
e en Milia				
The Mark Stand Str. Commenced	ميا مي	آت فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق	-16 ise	Hart British and Market British
				-
	Market			
10. Does th	e end-user have the proper cre	dentials to use this item?		
د الخاصة بهم)	ا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتم	هاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هد	(هل العاملين على هذا الح	
o Ye	S	○ No		
11. How ma	any users are going to utilize the	his item? Please in details. (بالتقصيل	م عدد مستخدمي هذا الجهاز	ر ک
				-
12. Is the si	te of the requested equipment	يرجد مكان جاهر الجهاز المطلوب) ?ready	(هاب	1 7.
12. Is the si	te of the requested equipment	م حدد مكان و غرفة الجهاز) ?area/ room	(اذا كانت الاجابة بنع	-
	If yes, state the		(اذا كانت الاجابة بنع	- - - -
12. Is the si • Ye • No	If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room	(اذا كانت الاجابة بنع	
12. Is the si • Ye • No 13. For repla	If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room (الإجلال والترقية فقط) ر	(اذا كانت الاجابة بنع	
12. Is the si Ye No 13. For repla	If yes, state the If yes, state the cement / upgrade request only mem to be replaced/ upgraded	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room (البدالمراد احلاله أو ترقيته)	(اذا كانت الإجابة بنع	-
12. Is the si • Ye • No 13. For repla	If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room (الإجلال والترقية فقط) ر	(اذا كانت الاجابة بنع	
12. Is the si Ye No 13. For repla	If yes, state the If yes, state the cement / upgrade request only mem to be replaced/ upgraded	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room (البدالمراد احلاله أو ترقيته)	(اذا كانت الإجابة بنع	
12. Is the si Ye No 13. For repla	If yes, state the If yes, state the accement / upgrade request only tem to be replaced/ upgraded Equipment /Furniture	عم حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room (للإحلال والترقية فقط) / (البند المراد احلاله أو ترقيته) / Model / Manufacturer	اذا كانت الإجابة بنع) Serial No.	
12. Is the si Ye No 13. For repla	te of the requested equipment If yes, state the accement / upgrade request only tem to be replaced/ upgraded Equipment /Furniture Name (اسم البند)	عم حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room (للإحلال والترقية فقط) / (البند المراد احلاله أو ترقيته) / Model / Manufacturer	(اذا كانت الإجابة بنع Serial No. (الرقم التسلسلي)	
12. Is the si Ye No 13. For repla A. It No B. W	te of the requested equipment If yes, state the accement / upgrade request only tem to be replaced/ upgraded Equipment /Furniture Name (اسم البند)	عر حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room (للإحلال والترقية فقط) بر (البند المراد احلاله أو ترقيته) Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	(اذا كانت الإجابة بنع Serial No. (الرقم التسلسلي)	

C. What is	he cost, age, condition and annual usage of current equipment?
السنوي له)	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام
D. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
دعاتكم)	(هل يوجد مستهلكات ومستلز مات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
o Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
o No	
ist all efficiency	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,
dure time will o	ecrease). (الْكُرْ جَمْيِع المِنْافِع التِي المرجوة مِنَّ الجِهارُ مِثْلُ الْكِفَاءة في الجودة والوقت)
dure time will c	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهار مثل الكفاءة في الجودة و الرقت)
dure time will o	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
A Mai The	
re consumable	
re consumable	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)
o Yes	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
o Yes	es/accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
YesNoNo	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
YesNoNo	es/accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
o Yes No No he approval fr	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

ب يحدّاج إلى أعمال ما قبل التركيب ، انظمة وبرامج ، تدريب و تعليم أو ملحقات إضافية)	
Director of Hospital / Health Facility (مدير التجهيزات بالمنطقة)	Signature: (التوقيع) Signature: (التوقيع)
Director of Health Affairs in the Region (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)	Signature: (التوقيع)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees

Medical & Non medical Devic



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Ro	equisition Form (لأجهزة والأثناث)	(نموذج طلبات
Note: 1- This form is to be used for only one type of device.(- 2- The data will be reviewed and then will be advised of المناف المنا	the result. (البيار	No.: Date: Qty:
1. Hospital / Health Facility Name (المدينة الصحية 2. City (المدينة) (المدينة) 3. Region (المدينة) (المدينة) 4. Device Name (السم الجهاز او البند) 5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :		مستى لامرا عن
ع (رقم الجهار أو البلد): 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):		
ه (خرید) New (جدید)	o Upgrade (نَرْقَيةُ)	
o Replacement (احلال)	o Others (اخرى)	
o Expansion (تمديد)		
7. Type of Device (نوع الجهاز):		
(جهاز عادي) Capital equipment	o Furniture (أثلث)	
 Consumable Deal (جهاز مع مستهلکات) 	o Others (اخرى)	

Describe the intended cl	inical use of the tec	استخدام هذه التقنية) hnology / equipment	1
		ا سیال کر اث	gent-p
		stification for the use of this produ	ict. List all factors that
المنتج المطلوب لاعم طلبكم له منت كرها المسائل	، مستندات وبیانات عن) دستوسس (ات فعلية الاستخدام هذا الجهاز ويقضل ارفاق المسكوات باك	(برجی تزوید الطلب بمبرر مرسما
		dentials to use this item? از معتمدین من الجهات الرسمیة لاستخدام ه	(هل العاملين على هذا الجه
o Yes		o No	and the state of t
Lieuwana neare ara	acing to utilize the	is item? Please in details. (بالتفصيل	the Italian applies are all
o Yes	If yes, state the	وجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) ?ready م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room سُورٌ مم لعبا رأ س ك م	(اذا كانت الاجابة بنع
o No			<u> </u>
3. For replacement / upg	•	(للإحلال والترقية فقط) (البند المراد احلاله أو ترقيته	
	t /Furniture	Model / Manufacturer	Serial No.
Name (عبدا	(اسم ا	(الموديل والشركة الصانعة)	(الرقم التسلسلي)
1			
o B. What is the stat	us of existing equip	ment and why it no longer meet your	requirement? Attach a
copy of Clinical E	ngineering Departm	ent report that justifies the replaceme	nt.
		از ولماذا لا يوافق متطلباتكم حيجب ارفاق صورة مر	
س وصنع الجهار الحالي،)	ن بعرين اداه الهندسة الطبية	ار وسادا لا يورس منطبينجم الحديث ارقاق صورة مر	رما هو سبب احلال أو ترقيه الجه

C. What is the	cost, age, condition and annual usage of current equipment?
دام السنوي له)	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخ
D : Does the re	placement / upgrade product have disposable items in stock?
ىتۇدغاتكم)	(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطاوب في مه
Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
No No	
st all efficiency t	nat will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,
1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
lure time will de	(اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت). (rease:
dure time will de	(اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (rease
	rease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت). (rease) (rease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (هل الجهاز يحتّاج أي مستهلكات او مستلزمات) (هل الجهاز يحتّاج أي مستهلكات او مستلزمات) (هل الجهاز يحتّاج أي مستهلكات او مستلزمات)
re consumables	
re consumables	(قال الجهاز بحثاج أي مستهلكات او مستلزمات) ?accessories needed for this equipment/
re consumables	(هن الجهاز يحتاج أي مستهاكات او مستلزمات) /accessories needed for this equipment المعالز المحالية الم
YesNo	(هل الجهاز يحتاج أي مستهاكات او مستازمات) accessories needed for this equipment? (المحالة المحالة الله الجهاز يحتاج أي مستهاكات او مستازمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
YesNoThe approval from	(هن الجهاز يحتاج أي مستهاكات او مستلزمات) /accessories needed for this equipment المعالز المحالية الم
o Yes No The approval fro	(هل الجهاز يحتاج اي مستهلكات او مستلزمات) /accessories needed for this equipment (هل الجهاز يحتاج اي مستهلكات او مستلزمات) / If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا) / (انكر التكلفة والكمية التي سنويا) / (انكر التي

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment. (هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إصافية) Signature: / Director of Hospital / Health Facility (التوقيع) مدير المستشفى / المنشأة الصحية) Signature: **Director of Department of Equipment Supplies** (التوقيع) (مدير التجهيزات بالمنطقة) Signature: Director of Health Affairs in the Region (التوقيع) (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) Stamp (الختم)

المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia Ministry of Health وزارة الصحة الإدارة العامة للتجهيزات General Directorate of Equipment Supplies Department of Tenders & Technical Committees إدارة المنافسات واللجان الفنية (الموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form Note: 1- This form is to be used for only one type of device (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط) No. : 2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. Date: (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج) Oty. 3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة) 1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى المنشأة الصحية) : 2. City (المدينة) : ديد المدينة ع. Region (المنطقة) : ن أ ل 4. Device Name (اسم الجهاز او النيد) : (در ره عيد در در المعاد ا 5. Device Code (رقم الجهاز او البند) : 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب): ا جدید) New (جدید) (ترقية) Upgrade Replacement (احلال) (أخرى) Others o Expansion (تمديد) 7. Type of Device (نوع الجهاز) (جهاز عادي) Capital equipment (أثاث Furniture (أثاث)

(اخرى) Others

(جهاز مع مستهلکات) Consumable Deal

		(el x	so Cuto
	e an evidence – based clinical ju our request, provide documentat	stification for the use of this produced ion and literature review.	uct. List all factors that
يم طابكم ا		ت فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويقصل إرفاق كالمعاد من المستقى من المستقى من المستقى من المستقى ا	
	the end-user have the proper cre		(هل العاملان علم هذا الحد
لخاصة بهم	ا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتمادا	ار معتمدين من الجهات الرسمية لاستحدام هد	
	ا الجهاز - يرجى ارفاق أور اق الأعتمادا es	A Committee of the Comm	Section 10 Company of the second
0	∕ es	ار معتمدین من الجهات الرسمیه لاستخدام هد No Nis item? Please in details, إلتفصيل	
1. How	es many users are going to utilize the site of the requested equipment	o No بالتفصيل) nis item? Please in details بالتفصيل بالتفصيل بالتفصيل (ready	(کم عند مستخدمي هذا الجهاز
2. Is the	many users are going to utilize the site of the requested equipment. Yes If yes, state the	o No التفصيل) .nis item? Please in details بالتفصيل .nis item? Please in details بالتفصيل .gready? (بجد مكان جاهز الجهاز المطلوب) area/ room?	(كم عدد مستخدمي هذا الجهاز (هل يد
2. Is the	site of the requested equipment Yes If yes, state the	ه No التفصيل) .nis item? Please in details وجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) ?ready محدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room محدد مكان وغرفة الجهاز)	(کم عند مستخدمي هذا الجهاز
2. Is the	site of the requested equipment Yes If yes, state the blacement / upgrade request only	ه No nis item? Please in details. (بالتفصيل) ready? (مجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) area/ room? محدد مكان وغرفة الجهاز)	(كم عدد مستخدمي هذا الجهاز (هل يد
2. Is the O N 3. For rej O A	site of the requested equipment Yes If yes, state the Polacement / upgrade request only Item to be replaced/ upgraded	ه No البند المراد احلاله أو ترقيته) No ready? (البند المراد احلاله أو ترقيته)	(كم عدد مستخدمي هذا الجهاز (هل يو (هل يو (اذا كانت الإجابة بنعا
2. Is the	site of the requested equipment Yes If yes, state the blacement / upgrade request only	ه No nis item? Please in details. (بالتفصيل) ready? (مجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) area/ room? محدد مكان وغرفة الجهاز)	(کم عدد مستخدمي هذا الجهاز (هل يو) (اذا کانت الإجابة بنعال الحابة بنعال الحابة العالم
2. Is the O 3. For rej O A	site of the requested equipment Yes If yes, state the Polacement / upgrade request only Item to be replaced/ upgraded	ه No البند المراد احلاله أو ترقيته) No ready? (البند المراد احلاله أو ترقيته)	(كم عدد مستخدمي هذا الجهاز (هل يو (هل يو (اذا كانت الإجابة بنعا

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم ويجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضبع الجهاز الحالي)

o C. What is	the cost, age, condition and annual usage of current equipment?
سوي له)	(ما هي تكلفة و عمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام ال
o D. Does th	e replacement / upgrade product have disposable items in stock?
غاتكم) المائد	(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستود
o Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
o No	
14 Listall efficient	y that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,
14. Elst an emcien	y that will be gained if the equipment is purchased (e.g. star) will be more efficient.
procedure time will	decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
	decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (les/accessories needed for this equipment)
15. Are consumate	les/ accessories needed for this equipment? (هان الجهار يختاج أي مستهلكات او مستلزمات)
15. Are consumate	les/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يختاج أي مستهلكات او مستازمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
o Yes	les/ accessories needed for this equipment? (هان الجهاز يحتاج اي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
o Yes o No	les/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يختاج أي مستهلكات او مستازمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
O Yes O No 16. The approval	افع/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا) Tom another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

東京は、川道は、八年か

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software syste additional space requirements related to the requested equipment. للوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)	The second secon
Director of Hospital / Health Facility (مدير المستشفى / المنشأة الصحية) Director of Department of Equipment Supplies (مدير التجهيزات بالمنطقة)	Signature: (التوقيع) Signature: التوقيع) Signature: التوقيع)
Director of Health Affairs in the Region (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)	Signature: (التوقيع) Stamp (الختم)

.

المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia Ministry of Health وزارة الصحة الإدارة العامة للتجهيزات General Directorate of Equipment Supplies إدارة المنافسات واللجان الفنية Department of Tenders & Technical Committees (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط). Note: «1- This form is to be used for only one type of device No. : 2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. Date: (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج) Qty: 3- All Questions must be completed, (يجب الإجابة على جميع الأسئلة) مي لامراهي لعسرمة 1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : 2. City (المدينة) : • (المدينة) 3. Region (المنطقة) : (المنطقة) : (اسم الجهاز او البند) 4. Device Name 5. Device Code (رقم الجهاز او البند) 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب): (جديد New (جديد) (ترقية) Upgrade o Replacement (احلال) (أخرى) Others o Expansion (تمديد) 7 Type of Device (نوع الجهاز): (جهاز عادي) Capital equipment o Furniture (أثاث) o Consumable Deal (جهاز مع مستهلکات) (اخرى) Others

Provide an		4 or miles the second	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH
AND TOME SPACE	evidence – based clinical ju	stification for the use of this produ	ct. List all factors that
upport your	request, provide documentat	ion and literature review	
ب لاعم طلبكم له	مستندات وبيانات عن المنتج المطلود	ات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق	(يرجى تزويد الطلب بمبرر

O Doothe	end-user have the proper cre	Lating this itam?	
		edentials to use this item? هاز معتمدین من الجهات الرسمیة لاستخدام هذ	Why Is all all high
St. S. Ald Committee of the Transport of the Committee of the Transport of	سهر حرجي الدي وراق الاع		ما معاملات المعاملات
o Yes		o No	
1. How man	y users are going to utilize the	his item? Please in details. (بالتفصيل	كم عدد مستخدمي هذا الجهاز
2 Is the site	of the requested equipment	يوجد مكان جاهر للجهاز المطلوب) ready?	
	The sound of the s	يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) ?ready	A second for interiors and administratification of the second of the sec
o Yes	If yes, state the	يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)?(ready بم حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room ك كما ول ك كا ك	(اذا كانت الاجابة بنه
o Yes	If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room ك لعما ول ك كا ب	(اذا كانت الاجابة بنه
YesNo3.For replace	If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك	(اذا كانت الاجابة بنه
YesNo3.For replace	If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك	(اذا كانت الاجابة بنه
YesNo3.For replace	If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك ك	(اذا كانت الاجابة بنه
YesNo3.For replaceA. Iter	If yes, state the ement / upgrade request only m to be replaced/ upgraded	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room عمل واسك كا ب (اللاحلال والترقية فقط) و (البند المراد احلاله أو ترقيته)	(اذا كانت الاجابة بنه عرُ مَا لمرضى
YesNo3.For replaceA. Iter	If yes, state the rement / upgrade request only m to be replaced/ upgraded Equipment /Furniture	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room كل م ك ك م ك م ك م ك م ك م ك م ك م ك م	اذا كانت الاجابة بن مر م لم صرح Serial No.

D. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
دعاتكم)	(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
o Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
o No	
	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,
edure time will o	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي الفرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
edure time will o	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي الفرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
edure time will o	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي الفرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة و الوقت)
	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي الفرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة و الوقت) (ecrease) (اذكر جميع المنافع التي الفرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة و الوقت) (s/ accessories needed for this equipment) (قلل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)
Are consumable	s/ accessories needed for this equipment? (هَلَ الْجَهَارُ بَحْتَاجَ أَيْ مَسْتَهَاكَاتَ او مَسْتَازُ مَاتَ)
Are consumable O Yes	افل الجهاز بُحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) s/ accessories needed for this equipment? (هَلُ الْجِهَازِ بُحتَاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
Are consumable	افل الجهاز بُحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) s/ accessories needed for this equipment? (هَلُ الْجِهَازِ بُحتَاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
Are consumable • Yes • No	(هَلَ الَّجِهَارُ يُحِتَاجَ أَي مستهلكات أو مستلزمات) ss/ accessories needed for this equipment? If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
Are consumable • Yes • No	افل الجهاز بُحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) s/ accessories needed for this equipment? (هَلُ الْجِهَازِ بُحتَاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment. (هل الجهاز المطلوب بحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ، انظمة ويرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية) Director of Hospital / Health-Facility Signature: (مدير الموستشفى / المنشأة الصحية) (التوقيع) Signature **Director of Department of Equipment Supplies** (التوقيع) (مدير التجهيزات بالمنطقة) **Director of Health Affairs in the Region** Signature: (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) (التوقيع) Stamp

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

(لموذج طليات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form

Particular and the second of t		
Note: 1- This form is to be used for only one type of device.	رهذه البيانات خاصة بجهان واحد فقط	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised o	of the result.	Date:
ب منوف تراجع وسيتم ابلاغكم بالقرارات والثنائج)	(البيت	Qty ()
3- All Questions must be completed. (غطى جميع الأسئلة)	(بجب الإجار	
1. Hospital / Health Facility Name (شفى المنشأة الصحية	رجرام العسرين : (اسم المست) ce im
2. City (المعينة)): المحينة		
ع. (المنطقة) 3. Region (المنطقة)		7.4
4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : 💉 حـ- نا	تلعيوت عام ععم	
5. Device Code (رقم الجهاز او البند):		
6. Purpose of Request (الغرض من الطلب);		
(خدنه) New	o Upgrade (ترقية)	
o Replacement (احلال)	o Others (أخرى)	
o Expansion (تمديد)		" .
7. Type of Device (نوع الجهاز) :	The state of the s	S. a. Sala Maria waa saaa ah dhahaa
(جهاز عادي) Capital equipment	o Furniture (أثاث)	
 Consumable Deal (جهاز مع مستهلکات) 	o Others (اخرى)	

Provid	e an evidence – based clinical ju	stification for the use of this produ	ict. List all factors that
,	our request, provide documentat		
ىم طايكم لە	مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لد	ات فعلية لاستَّحَدُّامَ هَذَا الجهانَّ ويَفَضَّلُ إِرْفَاقَ	(يرجى ترويد الطلب بمبرر
per that had had how may are the may			
0 Does	the end-user have the proper cre-	dentials to use this item?	All /
		dendas to use this hem? باز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذ	(هَلُ الْعَامِلِينِ عَلَى هذا الدِي
	्राष्ट्रीय क्षित्र क्ष		TO THE THE STATE OF THE STATE O
0	Vac	\circ No	
l How		o No بالتفصيل) his item? Please in details	The second of
		o No بالتفصيل) .his item? Please in details	(كم عدد مستخدمي هذا الجهاز
			(كم عدد مستخدمي هذا الجهان
			كم عدد مستخدمي هذا الجهاز
l. How	many users are going to utilize the	his item? Please in details. (بالتفصيل	
l. How	many users are going to utilize the		
11. How	many users are going to utilize the	his item? Please in details. (بالتقصيل بالتقصيل عليه العملام المعلوب ready? (وجد مكان جاهر الجهاز المطلوب	(4.
1. How 2. Is the	many users are going to utilize the site of the requested equipment. Yes If yes, state the	his item? Please in details. (بالتقصيل بالتقصيل عليه العملام المعلوب ready? (وجد مكان جاهر الجهاز المطلوب	(ف
1. How 2. Is the	site of the requested equipment. Yes If yes, state the	his item? Please in details. (بالتفصيل) ready? (وجد مكان جاهر الجهاز المطلوب area/ room? محدد مكان وغرفة الجهاز)	(ف
1. How 2. Is the	many users are going to utilize the site of the requested equipment. Yes If yes, state the	his item? Please in details. (بالتفصيل) ready? (وجد مكان جاهر الجهاز المطلوب area/ room? محدد مكان وغرفة الجهاز)	(ف ـ
2. Is the	site of the requested equipment. Yes If yes, state the	بالتقصيل) . ready? (المطلوب ready? (وحد مكان جاهز الجهاز المطلوب area/ room? م حدد مكان وغرفة الجهاز المطلوب للكرس ورُرُق المرابع ال	(ف
2. Is the	many users are going to utilize the site of the requested equipment. Yes If yes, state the No placement / upgrade request only	بالتقصيل) . ready? (المطلوب ready? (وحد مكان جاهز الجهاز المطلوب area/ room? م حدد مكان وغرفة الجهاز المطلوب للكرس ورُرُق المرابع ال	(ف
2. Is the	many users are going to utilize the site of the requested equipment. Yes If yes, state the limit of the requested equipment. No placement / upgrade request only. Item to be replaced/ upgraded (بالتقصيل) . ready? (المطلوب) ready? وجد مكان جاهز الجهاز المطلوب) area/ room? م حدد مكان وغرفة الجهاز) يرا من مرعد مكان والمراد المراد الم	(اذا كانت الاجابة بنع
2. Is the	r site of the requested equipment Yes If yes, state the No placement / upgrade request only Item to be replaced/ upgraded (Equipment / Furniture	بالتفصيل) . ready? (المطلوب) ready? وجد مكان جاهر الجهاز المطلوب) area/ room? محدد مكان وغرفة الجهاز) برا حدد مكان وغرفة الجهاز) (البدالمراد احلاله أو ترقيته) (البند المراد احلاله أو ترقيته) (البند المراد احلاله أو ترقيته) (المراد احلاله أو ترقيته)	اذا كانت الاجابة بنع الأجابة بنع الأجابة الأحابة الأجابة الأجابة الأجابة الأجابة الأجابة الأجابة الأجابة الأحابة الأجابة الأج
2. Is the	r site of the requested equipment Yes If yes, state the No placement / upgrade request only Item to be replaced/ upgraded (Equipment / Furniture	بالتفصيل) . ready? (المطلوب) ready? وجد مكان جاهر الجهاز المطلوب) area/ room? محدد مكان وغرفة الجهاز) برا حدد مكان وغرفة الجهاز) (البدالمراد احلاله أو ترقيته) (البند المراد احلاله أو ترقيته) (البند المراد احلاله أو ترقيته) (المراد احلاله أو ترقيته)	اذا كانت الاجابة بنع لحي م المحالية المحالية المحالية المحالية المحالية المحالية المحالية المحالية المحالية ال

0		ost, age, condition and annual usage of current equipment? (ما هي تكلفة و عمر وحالة الجهاز المراد إحلاله او ترقيته وما معدل الاسا
0 0	مستودعاتكم) Yes	acement upgrade product have disposable items in stock? (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا اللبند المطلوب في If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
14. List	all efficiency that	will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , se) (اذكر جميع المتافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
15. Arc	e consumables/ ac	cessories needed for this equipment? (هلي الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مسئلزمات)
0	Yes	If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
		nother Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology (بجب ارفاق موافقة ارداعتماد من الإدارة المتخصصية الذي يتبع لها الجه
		ed number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السين المتوقع لغمل



Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

(نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form

Note: 1- This form is to be used for only one type of device.(فقط	(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of th		Date:
2- The data will be reviewed and their will be advised of the		
البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج		Qty:
3- All Questions must be completed. (لإجابة على جميع الإستلة)	(بجب)	
مستشفى/ المنشأة الصحية) 1. Hospital / Health Facility Name	كالصرية عازات : (اسمالا	مستعى لدولاه
2. City (المدينة) : (المدينة)		
3. Region (المنطقة): ()		
	be copial	
ع : (اسم الجهاز او البند) 4. Device Name		
5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :	· 学 _(
6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):		
The American Mark Control of the Con	Street Company of the	
اخدتر) New (خديد)	o Upgrade (ترقية)	
o Replacement (احال)	o Others (افترى)	
o Expansion (تمديد)		
7. Type of Device (نوع الجهاز):		
(جهاز عادي) Capital equipment	o Furniture (ثاثاً)	
 Consumable Deal (جهاز مع مستهلکات) 	o Others (افرى)	

	استخدام هذه التقنية) of the technology / equipment (
support your request, provide docu	nical justification for the use of this produmentation and literature review.	
∘ V ies	oper credentials to use this item? از معتمدین من الجهات الرسمیة لاستندام هذا الجهاز • No بالتفصیل) (utilize this item? Please in details	
The second distriction of the state of the s	وجد مكان جاهز الجهاز المطلوب) ?ipment ready م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?tate the area/room - (رك بلسسف	(اذا كانت الاجابة بنع
 No 13. For replacement / upgrade requ A. Item to be replaced/ upg 	est only (للإحلال والترقية فقط)	
No Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصائعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
copy of Clinical Engineering	ng equipment and why it no longer meet your Department report that justifies the replacement report that justifies the replacement good and the replacement of the	ent.

o C. What is t	he cost, age, condition and annual usage of current equipment?
السنوي له)	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام
D Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
	رهل يوجد مستهلكات ومستازمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
o Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
o No	
4. List all efficiency	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,
ocedure time will d	(اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (ecrease)
5. Are consumable	s/accessories needed for this equipment? (هال الجهاز بحثاج أي مستهلكات او مستلزمات)
o Yes	If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
	(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
o No	
i. The approval fro	om another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology
epartment) (عطاوب	(يجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي بتبع لها الجهاز اله
	ipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجها
والمصوب بدوم وميد	ره هو عدد استها استوح عسی ایک

4 A 1

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software system	is, cost of education or
additional space requirements related to the requested equipment. عظاوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبر امج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)	ه الاحد
Director of Hospital / Health Facility (مدير المستشفى / المنشأة الصحية)	Signature (التوقيع)
Director of Department of Equipment Supplies (مدير التجهيزات بالمنطقة)	Signature: (التوقيع)
Director of Health Affairs in the Region	Signature:
(مدير الشوّون الصحية بالمنطقة)	(التوقيع)
	Stamp
	(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

(نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form

Note: 1 This form is to be used for only one type of device.(رهده البيانات خاصة بجهاز واحد فقد	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of	the result	Date:
آنات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	رابير	Qty:
3- All Questions must be completed. (چابة على جميع الاسئلة	(جي الإح	
\		
منشفى/ المنشأة الصحية) 1. Hospital / Health Facility Name	السم المس : (اسم المس	مستق لاما م
2. City (المدينة): (المدينة)		
3. Region (المنطقة): (المنطقة)		
4. Device Name (اسم الجهاز او البند): • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	الم المن الم	
5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :		
6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):		
اخرتر) New (خرتر)	o Upgrade (ترقية)	
o Replacement (احلال)	o Others (أخرى)	
o Expansion (تمديد)		
7. Type of Device (نوع الجهار).		
وجهاز عادي) Capital equipment	o Furniture (أثاث)	
o Consumable Deal (جهان مع مستهلکات)	o Others (اخرى)	

		•		ر ئل للصر للم ا جسرت	4,		
9. Provide an e	vidence – b	ased clinical j	ustificati	ion for the use of this p	roduct. Lis	t all factors the	at
support your re	equest, prov	ide documenta	ation and	l literature review.			
وب ادعم طلبكم له)	ن المنتج المطل	ستنداث وبيانات -	ىل إرفاق م	بلية لاستخدام هذا الجهال ويفض	ب ہمیر رات ف	(يرجى تزويد الطلا	
(0	لعسر	لدوام!	ام ره	211/23/2	2P N	لدي.	
				s to use this item?			
	رفاق أوراق الا	الجهاز – يرجي أ	عتدام هذا	متمدين من الجهات الرسمية الاس	هذا الجهاز م	(هل العاملين على	
Yes				o No			
	users are go	Absence in a contract of the contract of	thanks . An equilibrium of the empire .	ار Please in details. (سيل	V - Name of American of American Street	عُدُدٍ مُسُتَخَدِمْيُ هُدُّ	A
	users are go	Absence in a contract of the contract of	thanks . An equilibrium of the empire .	7. 12 - W. 18.	V - Name of American of American Street	عُدُد مُسْتَخَدَمُيُّ هُدُّ	A
	users are go	Absence in a contract of the contract of	thanks . An equilibrium of the empire .	ار Please in details. (سيل	V - Name of American of American Street	عدد مستخدمي هذ	<u>د</u> د د د د د د د د د د د د د د د د د د
11. How many			لمرمن	ار Please in details. (سيل	<u></u>	عدد مستخدمي هذ	جي
11. How many	f the reques	ited equipmen	t ready?	سبل) Please in details. (كُون مُون المعالم الم	ا حا (هل بوجد. جابة بنعم حدد	(اذا كانت الإ	(کم
11. How many	f the reques	ited equipmen	t ready?	الله المطلوب) 1? Please in details.	ا حا (هل بوجد. جابة بنعم حدد	(اذا كانت الإ	A)
11. How many 12. Is the site o	f the reques	ted equipmen	t ready?	الله المعالم (المعالم المعالم	ا حا (هل بوجد. جابة بنعم حدد	(اذا كانت الإ	
11. How many 12. Is the site o Yes No 13. For replacer	f the reques	If yes, state the	t ready? e area/ ro ly (پهٔ فقط)	الله المعالم (المعالم المعالم	ا حا (هل بوجد. جابة بنعم حدد	(اذا كانت الإ	A)
11. How many 12. Is the site o Yes No 13. For replacer	f the reques	If yes, state the	t ready? e area/ ro ly (پهٔ فقط)	بيل) Please in details (مكان جاهر الجهاز المطلوب) مكان وغرفة الجهاز) (مكان وغرفة الجهاز) (البند المراد احلاله المراد الم	ا حا (هل بوجد. جابة بنعم حدد	(اذا كانت الإ	
11. How many 12. Is the site o Yes No 13. For replacer	f the reques	If yes, state the	t ready? e area/ ro ly (پهٔ فقط)	مكان وغرفة الجهاز المطلوب) مكان وغرفة الجهاز) (com? (للإحلال والترقير البند المراد احلاله المراد ال	ا حا (هل بوجد. جابة بنعم حدد	اذا کانت الا Serial No.	A
11. How many 12. Is the site o Yes No 13. For replacer	f the reques	If yes, state the	t ready? e area/ ro ly (پهٔ فقط)	بيل) Please in details (مكان جاهر الجهاز المطلوب) مكان وغرفة الجهاز) (مكان وغرفة الجهاز) (البند المراد احلاله المراد الم	ا حا (هل بوجد. جابة بنعم حدد	(اذا كانت الإ	

... (ما هو سبب احالل أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق منطلباتكم عبد ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

, , , - ,	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهان المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام
D. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
دعاتكم)	(هل يُوجِد مستهلكات ومستلامات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
No	
an efficiency	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,
	and the state of t
are time will c	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
e consumable	s/ accessories needed for this equipment? (هَلَ الْجَهَارُ بَحْتَاجَ أَيْ مَسْتَهَاكَاتُ أَوْ مَسْتَلَامَاتُ)
	s/ accessories needed for this equipment? (هَلْ الْجَهَارُ بِحْتَاحَ أَيْ مِسْتَهَاكَاتَ او مَسْتَازَمَاتَ) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
e consumable	s/ accessories needed for this equipment? (هَلَ الْجَهَارُ بَحْتَاجَ أَيْ مَسْتَهَاكَاتُ أَوْ مَسْتَلَامَاتُ)
e consumable Yes	s/ accessories needed for this equipment? (هَلْ الْجَهَارُ بِحْتَاحَ أَيْ مِسْتَهَاكَاتَ او مَسْتَازَمَاتَ) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
Yes No approval free	s/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software system additional space requirements related to the requested equipment.	ns, cost of education or
ظلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)	(هل الجهاز الم
Director of Hospital / Health Facility (مُكِيرِ الْمُسْتَشْفَى / الْمُنْشَأَةُ الْصَحِيةُ)	Signature: (التوقيع)
Director of Department of Equipment Supplies (مدير التجهيزات بالمنطقة)	Signature: (التوقيع)
Director of Health Affairs in the Region	Signature:
(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)	(التوقيع)

مسريع مسريع

Stamp

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (بُعوذج طلبات الأجهزة والأثلث)

No. :
Date:
Qty:
مست لامله
(
: Ve

عم طلیکم له)	our request, provide documental مُسْتَندات وبيانات عن المنتج المطلوب لد	ات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويقضل إرقاق	(پرچی تروید الطاب بمبرر
	رسوم لهارات	ر مور خلائه بات	لد بر م
	the end-user have the proper cre ا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد	edentials to use this item? هاز معتمدین من الجهات الرسمیة لاستخدام هذا	(هل العاملين على هذا الجز
o Y		o No بالتفضيل) :his item? Pleasé in details د کے دعی	(كم عدد مستخدمي هذا الجهان
		•	
2. Is the s	es If yes, state the	يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) ?ready م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room لعما 1 م كا صعه ل	(اذا كانت الاجابة بنع
YouNo3. For repl	res If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room لحمد لمكان وغرفة الجهاز) والترقية فقط) y	(اذا كانت الاجابة بنع
YouNoNo3. For replace	If yes, state the state of the requested equipment fees If yes, state the state of the state of the requested equipment fees.	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room لحمد لمكان وغرفة الجهاز) والترقية فقط) y	(اذا كانت الاجابة بنع

	C. What is	the cost, age, condition and annual usage of current equipment?
•	السنوي له)	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام
``O	D. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
· , ·· , ^	دعاتكم)	(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
0	Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
0	No	
4		ر that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , lecrease) (اذكر جميع المناقع التي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
15. Are	consumable	es/ accessories needed for this equipment? (هان الجهاز بحقاج اي مستهلكات او مستلزمات)
0	Yes	If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
		(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
0	No	
		om another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology
Departr	طلوب) (ment	(يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز الم
17. Wh	at is the anti	cipated number of years the requested equipment is expected to be functional?
ل فعالیته)	المطلوب بكامل	(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز

Director of Hospital / Health Facility (مدير المنشأة الصحية) Director of Department of Equipment Supplies (مدير التجهيزات بالمنطقة)	Signature: (التوقيع) Signature: (التوقيع)
Director of Health Affairs in the Region (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)	Signature: (التوقيع)
	Stamp (الختم)

المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia Ministry of Health وزارة الصحة General Directorate of Equipment Supplies الإدارة العامة للتجهيزات Department of Tenders & Technical Committees إدارة المنافسات واللجان الفنية (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form Note: 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط) No. : 2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. Date: ﴿ اللَّهِ اللَّهِ اللَّهِ مَا الْمِعَ وَسَيِتُمَ إِبِلا عُكُمَ بِالقراراتِ والنتائج) Qty: 3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة) 1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى المنشأة الصحية): (اسم المستشفى المنشأة الصحية) 2. City (المدينة) : (المدينة) 3. Region (المنطقة): (しんしょう): マリント 4. Device Name (اسم الجهاز او البند) 4. Device Name 5. Device Code (بند الجهاز او البند) : 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب): ا جدید) New o Upgrade (ترقية) o Replacement (احلال) o Others (اأخرى) o Expansion (تمديد)

(أثاث) Furniture

(اخرى) Others

7. Type of Device (توع الجهاز) :

(جهاز عادي) Capital equipment

(جهاز مع مستهلكات) Consumable Deal

	مستفيرال فاص دولاع امرادي لسروي
	د لاورا می تصور مه
9. Provide an	evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that
support your	request, provide documentation and literature review.
ب لدعم طلبكم له)	(يرجى تزويد الطلب بمبرزات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلود
	Citis 120000
10. Does the	end-user have the proper credentials to use this item?
تماد الخاصة يهم)	(هل العاملين على هذا الجهار معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز _ يرجى ارفاق أوراق الأعد
Yes	o No
II. How man	y users are going to utilize this item? Please in details. (کم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)
	no como
t 3 a Surfer	
12. Is the site	of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهر للجهاز المطلوب)
12. Is the site	of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهر للجهاز المطلوب)
12. Is the site	of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهر الجهاز المطلوب) If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
12. Is the site Yes No	
Yes No	
YesNo13.For replace	If yes, state the area/room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) ا طحيم
• Yes • No 13.For replace	If yes, state the area/room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) ement / upgrade request only (اللإجلال والترقية فقط) m to be replaced/upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)
YesNo13.For replace	If yes, state the area/room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) ا طحيم
• Yes • No 13.For replace	If yes, state the area/room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) ement / upgrade request only (اللإجلال والترقية فقط) m to be replaced/upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)
• Yes • No 13.For replace	If yes, state the area/room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز) ement / upgrade request only (اللإحلال والترقية فقط) m to be replaced/upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته) Equipment /Furniture Model / Manufacturer Serial No.

copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال أو ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم - يجب الفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

سوي له)	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد احلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام الد
o D. Does th	e replacement / upgrade product have disposable items in stock?
عاتكم)	(هل يوجد مستهاكات ومستاز مات خاصة بهذا البند المطاوب في مستود
o Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
o No	
4. List all efficien	by that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,
rocedure time will	(انكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (decrease
rocedure time will	(الحر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت). (decrease
rocedure time will	(الدكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت). (decrease)
	(انكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة و الوقت) (decrease) (es/. accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يجتاح أي مستهلكات او مستلزمات)
5. Are consumab	les/ accessories needed for this equipment? (هَلْ الْجَهَارُ بِحِثَاجَ أَي مُسْتَهَاكَاتَ او مَسْتَلْزُمَاتَ)
5. Are consumab	les/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهاكات او مستازمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
Are consumabYesNo	les/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج اي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
5. Are consumabYesNo6. The approval of	افعًا accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يختاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
5. Are consumabYesNo6. The approval of	les/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج اي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
 Are consumab Yes No The approval 1 Department) (بادات) 	افعًا accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يختاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إصافية)

3×

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Director of Department of Equipment Supplies (مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature: (التوقيع)

Signature: (التوقيع)

Signature: (التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia وزارة الصحة Ministry of Health الإدارة العامة للتجهيزات General Directorate of Equipment Supplies إدارة المنافسات واللجان الفنية Department of Tenders & Technical Committees (تموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form Note: 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط) No.: Date: 2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إيلاعكم بالقرارات والنتائج) Qty: 3- All Questions must be completed. (بحب الإجابة على جميع الأسئلة) 1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى المنشأة الصحية) المستشفى المستسفى المستشفى المستسفى المستشفى المستشفى المستشفى المستشفى المستشفى المستشفى المستسفى المستشفى المستسفى المستشفى المستشفى المستشفى المستشفى المستشفى المستشفى المستضلى المستشفى المستشفى المستشفى المستضفى المستشفى المستشفى المستفى المستفى المستفى المستفى المستفى المستفى المستفى المستفى المستفى 2. City (المدينة) : 3. Region (المنطقة): こいに عرل المرين: (اسم الجهاز او البند) 4. Device Name : (رقم الجهاز او البند) 5. Device Code 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب) (جدید) New (ترقية) Upgrade (أخرى) Others o Replacement (احلال) o Expansion (تمديد) 7. Type of Device (نوع الجهاز) (جهاز عادي) Capital equipment o Furniture (أثاث) o Consumable Deal (جهاز مع مستهلکات) o Others (اخرى)

8 Describe the		استخدام هذه النفنية) nology / equipment	
support your ا ب لدعم طلبکم له)	request, provide documentatio ق مستندات وبيانات عن المنتج المطلود	ification for the use of this produ on and literature review. ت فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل ارفا	**** (برجی تزوید الطلت بمبریرا
10. Does the	end-user have the proper crede		
or hope	7.93	s item? Please in details. (بالتفصيل). وجد مكان جاهر للجهاز المطلوب) ady?	
YesNo	•	م ددد مكان وغرفة الجهاز) ?rea/ room منع محمد العمار راك في المحمد	•
	ement / upgrade request only (n to be replaced/ upgraded (4)		
No	Equipment /Furniture	Model / Manufacturer	Serial No.
	Name (اسم البند)	(الموذيل والشركة الصائعة)	(الرقم التسلسلي)
1			
۹.	at is the status of existing equipm	ant and why it was lairned mant you	requirement? Attach à

	The state of the s
o C. What is	the cost, age, condition and annual usage of current equipment?
سنوي له).	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام الد
o D. Does th	e replacement / upgrade product have disposable items in stock?
عانكم)	(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستود
o Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
o No	
	y that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , (افكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والرقث)
procedure time win	
15. Are consumab	les/ accessories needed for this equipment? (هان الجهاز بحتاج اي مستهلكات او مستازمات)
o Yes	If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
	(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
o No	
16. The approval f	rom another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology
الوب) (Department	(يجب أرفاق موافقة أن اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتنع لها الجهاز المط
17. What is the ant	icipated number of years the requested equipment is expected to be functional?
	(مَا هو عند السنين المتوقع لعمل الجهاز

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(جل الجيار المطلرب يحتاج إلى اعدال ما قبل التركيب ،انظمة وبر امح ، تدريب ونظيم أو ملحقات إصالية)

Director of Hospital / Health Pacility

Signature:

(مدير المنشأة الصحية)

Director of Department of Equipment Supplies

(التوقيع)

Signature:

Director of Health Affairs in the Region (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature: (التوقيع)

Stamp (الختم)

Kingdom of Saudi Arabia Ministry of Health General Directorate of Equipment Supplies Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

(نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form

	1	
Note: 1- This form is to be used for only one type of device.	(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised o	of the result	Date:
ت سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	(البياناد	Qty:
3- All Questions must be completed. [غلى جميع الأسئلة]	(اجيار الإجاز	
1. Hospital / Health Facility Name (شفى/ المنشأة الصحية	ك لصرم كالزوير اسم المستة	مستعن لامراه
2. City (الفسنة): حب الم		eristi ki
3. Region (المنطقة: (المنطقة):		
عر - ١ (اسم الجهاز او البند) : ١ (اسم الجهاز او البند)	ساس لهرسا	
5. Device Code (رقم الجهاز او البند):		
6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):		
New (جدید)	o Upgrade (تَرْفَيةُ)	
o Replacement (احلال)	o Others (أخرى)	
o Expansion (يمديد)		
7. Type of Device (نوع الجهاز):		
o Capital equipment (جهاز عادي)	o Furniture (أثاث)	
(جهاز مع مستهلکات) Consumable Deal	o Others (الخرى)	

8.Describe the	intended clinical use of the te	دام هذه التقنية) chnology / equipment	
9. Provide an	evidence – based olinical ju	stification for the use of this produ	ict. List all factors that
support your	request, provide documenta	tion and literature review.	
ب لدعم طلبکہ لہ)	مستندات وبيانات عن المنتج المطلود	ات فعلية لأستُخدام هذا الجهال ويفضل إرفاق	(پر جی تز وید الطلب بمبر ر
		ال مرشخ م رمحن س	
10. Does the	end-user have the proper cre	edentials to use this item?	
تماد الخاصية بهم)	ا الجهاز ــ يرجى ارفاق أوراق الاعا	از معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذ	(هل العاملين على هذا الجو
Yes		o No	
11 How man	vusers are going to utilize t	بالتقصيل) .his item? Please in details	(كم عدد مستختم : هذا الجهاز
it forth the evently		ے , کیا حدل لے شرر	
			<u> </u>
12. Is the site		وجد مكان جاهر للجهاز المطلوب) ?ready	
o Yes	If yes, state the	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room	(اذا كانت الاجابة بنع
o No			
13.For replace	ement / upgrade request onl	y (للإحلال والترقية فقط)	
o A. Iter	n to be replaced/upgraded	(البند المراد أحلاله أو ترقيته)	
No	Equipment /Furniture	Model / Manufacturer	Serial No.
	P	(الموديل والشركة الصائعة)	(الرقم التسلسلي)
, , ,	(اسم البند)	(المودين و الشرخة الصابعة)	(الرقم التسلسي)
Strong and a second			
o B. Wha	at is the status of existing equi	pment and why it no longer meet your	requirement? Attach a
copy o	f Clinical Engineering Departs	ment report that justifies the replaceme	nt.
	. 6	هاز ولماذًا لا يُوافق مُتَّطِلْهِ آنكم - يُجب ارْفَاق صَوْرَة مِن	and the same than the same of the same

	he cost, age, condition and annual usage of current equipment?
o D. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
دعاتكم)	(هل يُوجد مستهلكات ومستارمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
o Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
o No	
rocedure time will d	
32	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (ecrease) « « (هَلَ الْجَهَاز يَجْتَاج أي مستهلكات او مستلزمات) (هَلَ الْجَهَاز يَجْتَاج أي مستهلكات او مستلزمات) («هَلُ الْجَهَاز يَجْتَاج أي مستهلكات او مستلزمات)
3. Are consumable	
5. Are consumable	s/ accessories needed for this equipment? (هَلَ الْجَهَارُ بِجِثَاجٍ أَي مَسْتَهَلَكَاتَ أَو مَسْئَلُومَاتُ)
5. Are consumableYesNo	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بيختاج اي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
5. Are consumableYesNoNo	s/ accessories needed for this equipment? (هُلُ الْجَهَارُ بِجِتَاجِ أَي مُسْتَهَلِّكَاتَ او مُسْتَلَزْمَاتَ) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
5. Are consumableYesNoNo	s/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يجتاج اي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems additional space requirements related to the requested equipment. مطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل الثركيب ،انظمة وبررامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)	
Director of Hospital / Health Faeility (مدير المستشفى / المنشأة الصحية) Director of Department of Equipment Supplies (مدير التجهيزات بالمنطقة)	Signature: (التوقيع) Signature:
Director of Health Affairs in the Region (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)	Signature: (التوقيع)
	Stamp (الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

(نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form

Note: 1- This form is to be used for only one type of device. (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No.:
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result.	Date:
(البيانات سوف فراجع وسيتم إبلاعكم بالقرارات والنتائج)	Qty:
3- All Questions must be completed. (بجب الإجابة على جمتع الأسئلة)	

- مستمى لامراحى لصدره كارات : (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) 1. Hospital / Health Facility Name
- 2. City (المدينة)
- 3. Region (المنطقة) :
- 4. Device Name (اسم الجهاز او النبد) : ١ عد ١ (اسم الجهاز او النبد)
- 5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :
- 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

(خدید) New

o Upgrade (ترقية)

o Replacement (احلال)

o Others (أخرى)

- o Expansion (تمديد)
- 7. Type of Device (نوع الجهاز) : -

(جهاز عادي) Capital equipment

- o Furniture (أثاث)
- o Consumable Deal (جهاز مع مستهلکات)
- o Others (اخرى)

8.Describe the	. F the 3 sale of the sale of	استخدام هذه الثقنية) nology / equipment) استخدام هذه الثقنية	2.5 about the state of the stat
9. Provide an	evidence – based clinical just	ification for the use of this produ	et. List all factors that
support your r	request, provide documentatio	n and literature review.	
ب لاعم طلبكم (4)		ات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرقاد من عرال وعما ج حاج	
10. Does the c	end-user have the proper crede		
عتماد الخاصة يهم)	هذا الجهاز - يرجى ارفاق أوراق الاء	هاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام	(هل العاملين على هذا الجو
o√Yes	and the state of the state of	o No	arrange and the same and the sa
11. How man	y users are going to utilize thi	s item? Please in details. (بالتفصيل	(كم عدد مستخدمي هذا الجهاز
		c'y	
12. Is the site		يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) ?ady:	
o Yes	If yes, state the ar	عم حدد مكان وغرفة الجهاز) ?rea/ room لم *	(اذا كانت الاجابة بنه
o No			Rain E
13.For replace	ement / upgrade request only ((للإحلال والترقية فقط	
o A. Iten	n to be replaced/ upgraded (الم	(البند المراد احلاله أو ترقيئ	
No	Equipment /Furniture	Model ∜Manufacturer	Serial No.
	(اسم البند) Name	(الموديل والشركة الصانعة)	(الرقم التبلسلي)
	· ·		
1			
o B. Wha	t is the status of existing equipm	nent and why it no longer meet your r	requirement? Attach a
copy of	Clinical Engineering Departmen	nt report that justifies the replacemen	at.
ر الحالي) : ا	من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجها	بهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم - يجْب أرقاق صورة	(ما هو سبب احلال او ترقية الج

لسنوي له)	the cost, age, condition and annual usage of current equipment? (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام
o D. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
عاتكم)	(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
YesNo	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , النكر جميع المتافع الذي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت). (الأكر جميع المتافع الذي المرجرة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت).
15. Are consumabl	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بحتاج اي مستهلكات او مستازمات)
15. Are consumabl	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز بحتاج اي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
	If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
o Yes	If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
YesNo16. The approval fr	If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
o Yes o No 16. The approval fr	If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا) om another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software system additional space requirements related to the requested equipment. طلوب بحثاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إصافية)	
Director of Hospital / Health Facility (مدير المنشأة الصحية) Director of Department of Equipment Supplies (مدير التجهيزات بالمنطقة)	Signature: (التوقيع) Signature: التوقيع)
Director of Health Affairs in the Region (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)	Signature: (التوقيع) Stamp

Kingdom of Saudi Arabia المملكة العربية السعودية Ministry of Health General Directorate of Equipment Supplies الإدارة العامة للتجهيزات إدارة المنافسات واللجان الفنية Department of Tenders & Technical Committees (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط). Note المعادة المعادية المعادي No.: Date: 2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تزلجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج) Qty: 3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة) assed below in 1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : ار لم سي (المدينة) 2. City ع. Region (المنطقة) 3. Region مان كن مررك ت الرس عدر ١ : (اسم الجهاز او البند) 4. Device Name 5. Device Code (البند) : 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب): ا جدید) New (جدید) o Upgrade (ترقية) o Replacement (احلال) (أخرى) Others o Expansion (تمديد) 7. Type of Device (نوع الجهاز):

o Furniture (أثاث)

o Others (اخرى)

(جهاز عادي) Capital equipment

(جهاز مع مستهلكات) Consumable Deal

وزارة الصحة

8.Describe the		في استخدام هذه التقلية) chnology / equipment من التقلية على العرب على المالي على العرب المالي على العرب المالي	
9. Provide an	evidence – based clinical ju	istification for the use of this produ	ct. List all factors that
support your	request, provide documenta	tion and literature review.	
ب لدعم طلبكم له)	مستندات وبيانات عن المنتج المطلود	إن فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويغضل ارفاق	(يرجى تزويد الطلب بمبرر
ن او جه خار چې خاه چې چې او چې کې دی پادا چې چې	سرر	من عزل دی ماسه	
10 Dearths	end-user have the proper cre	adantials to use this item?	
		eteritals to use tins item? هاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذ	(هل العاملين على هذا الح
Yes		o No	
	y users are going to utilize l	his item? Please in details. (بالتقصيل	(كم عدد مستخدمي هذا الجماز
zisi tiokt iilmi	y usors are going to utilize.	ins nome recise in details, (5	
12. Is the site	of the requested equipment	يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب) ?ready	(هل
Yes	If yes, state the	مم حدد مكان وغرفة الجهاز) ?area/ room	(اذا كانت الاجابة بن
o No		ainthuis câ	
*	ement / upgrade request onl		
o A. Iter	n to be replaced/upgraded	(البند المراد احلاله أو ترقيته)	
No	Equipment /Furniture	Model / Manufacturer	Serial No.
	Name (اسم البند)	(الموديل والشركة الصانعة)	(الرقم التسلسلي)
1			
o B. Wh	at is the status of existing equi	pment and why it no longer meet your	requirement? Attach a
		ment report that justifies the replacemer	
		بْهَانْ وَلْمَاذًا لَا يُوافق متطلباتكم - يُجِبُ أَرْقَاقَ صُورة من	

	تخدام السنوي له)	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاس	
	in the state of th	acement / upgrade product have disposable items in stock? (هل يوجد مستهلكات ومستازمات خاصة بهذا البند المطلوب في If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)	
		will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , see) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة و الوقت)	
15. Are	cońsumables/ ac	(هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) ?cessories needed for this equipment	Charles and the second
0	Yes	If yes, list the cost and quantity that will be used annually?	
0	No	(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)	
		nother Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology) ريجب ارفاق موافقة أو اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجه	
		ed number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل)	

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software system additional space requirements related to the requested equipment. طلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة ويرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)	
Director of Hospital / Health Facility (مَا الْمُعَالِّ الْمُسْتَشَفِّى / الْمُنْشَاةَ الصحية) Director of Department of Equipment Supplies (مدير التجهيزات بالمنطقة)	Signature: (التوقيع) Signature: التوقيع) Signature: (التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature: (التوقيع)

Stamp

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders & Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

(نموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form

	1	
Note. 17 This form is to be used for only one type of device.	(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised		Date:
و سوف تراجع وسينم ابلاعكم بالقرارات والنثائج)	(لبنا).	Qty:
على جميع الأسئلة) . All Questions must be completed .	(بجب الإجابة	
1. Hospital / Health Facility Name (المنشأة الصحية	المسرس عارًا العالمستة	مستعنم لامام
2. City (المدينة) 4		År.
3. Region (المنطقة) عالم		
4. Device Name (اسم الجهاز أو البند) :	از مناس واکن لار	
: (رقم الجهاز او البند) 5. Device Code	١ الم	
6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):		
TO AND THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE PART		and the second
New (خربة)	o Upgrade (تَرقية)	
o Replacement (احلال)	o Others (أخرى)	
o Expansion (تمديد)	TOTAL OF THE PROPERTY OF A STATE OF THE PROPERTY OF A MANAGEMENT OF A STATE OF THE PROPERTY OF A MANAGEMENT OF	estima.
.7. Type of Device (نوع الجهاز):		
(جهاز عادي) Capital equipment	o Furniture (أثاث)	
o Consumable Deal (جهاز مع مستهلکات)	o Others (افخری)	

		استخدام هذه التقنية) chnology/equipment	
support your	request, provide documentati	stification for the use of this produ ion and literature review. ات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويقصّل ارقاق	
ماد الخاصة يهم)	end-user have the proper cred لذا الجهاز – برجى ارفاق أوراق الأعد	هار معتمدين من الجهاث الرَّسميَّة لاَستخدام ها	(هال العاملين على هذا الجه
Yes 11. How man	y users are going to utilize th	o No nis item? Please in details. (بالتفصيك	(كم عدد مستخدمي هذا الجهاز
o Yes	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	يوجد مكان جاهر للجهاز المطلوب) ?ready مم حدد مكان و غرفة الجهاز) ?area/ room	umin hir bereig, progress progress (progress) i tem i i i i i i i i i i i i i i i i i i i
	ement / upgrade request only m to be replaced/ upgraded (
No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No.
1			requirement? Attach a

o C. What is	the cost, age, condition and annual usage of current equipment?
السنوي له)	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام
O. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
دِعائكم)	(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
o Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
o No	
ist all efficiency	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient.
edure time will d	ecrease). (انكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
cedure time will d	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
	ecrease) (اذكر جميع المناقع الذي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (ecrease) (اذكر جميع المناقع الذي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (accessories needed for this equipment) (هِلْ الْجَهَارُ يَحْتَاجُ أَيْ مَسْتَهَاكِاتُ او مُسْتَازَمَاتُ)
Are consumable	s/ accessories needed for this equipment? (هِلْ الْجَهِالْ بِحْتَاجَ أَي مِسْتَهَاكَاتَ او مُسْتَلَّرِمَاتُ)
	s/ accessories needed for this equipment? (هِلْ الْجَهَالَ بِحْتَاجُ أَيْ مَسْتَهَاكَاتُ أَوْ مُسْتَلَامَاتُ) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
Are consumable	s/ accessories needed for this equipment? (هِلْ الْجَهِالْ بِحْتَاجَ أَي مِسْتَهَاكَاتَ او مُسْتَلَّرِمَاتُ)
Are consumable	s/ accessories needed for this equipment? (هِلْ الْجَهَالْ يَحْتَاجُ أَيْ مَسْتَهَاكَاتُ أَرْ مَسْتَالِمَاتُ) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
Are consumableYesNo	s/ accessories needed for this equipment? (هِلْ الْجَهَالْ بِحْتَاجْ أَيْ مِسْتَهَاكِاتَ أَوْ مِسْتَلَامِاتُ) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
Are consumableYesNo The approval free	s/ accessories needed for this equipment? (هِلْ الجَهَالَ بِحْتَاجَ الْيُ مُسْتَهَاكَاتَ او مُسْتَلَامَاتُ) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
o Yes No The approval fro	المجهاز بحتاج اي مستهاكات از مستازمات) sy accessories needed for this equipment? (هلّ الجهاز بحتاج اي مستهاكات از مستازمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا) manother Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology)
O Yes No The approval from partment) (علوب	s/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يختاج اي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا) om another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment. (هل الجهار المطلوب يحتاج إلى اعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات اصافية) Director of Hospital / Health Facility Signature: ولمستشفى / المنشأة الصحية) (التوقيع) Signature: **Director of Department of Equipment Supplies** (التوقيع) (مدير التجهيزات بالمنطقة) **Director of Health Affairs in the Region** Signature: (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) (التوقيع) Stamp

المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia Ministry of Health وزارة الصحة General Directorate of Equipment Supplies الإدارة العامة للتجهيزات Department of Tenders & Technical Committees إدارة المنافسات واللجان الفنية (تموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط). Note: 1- This form is to be used for only one type of device No.: Date: 2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج) Qty: 3- All Questions must be completed. (بجب الإجابة على جميع الأسئلة) 1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى المنشأة الصحية): (اسم المستشفى المنشأة الصحية) 2. City (المدينة) : حاك ك ا ميلريس : (المنطقة) 3. Region عب 4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : (اسم الجهاز او البند) 5. Device Code (رقم الجهاز او البند) 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب): New (خديد) (ترقية) Upgrade o Others (أخرى) Replacement (الحلال) Expansion (تمديد) 7. Type of Device (نوع الجهاز): (جهاز عادي) Capital equipment Furniture (أثاث) (جهاز مع مستهلکات) Consumable Deal (اخرى) Others

8.Describe the	intended clinical use of the technology	خدام هذه التقنية) y / equipment جدام هذه التقنية)	
support your r	evidence — based clinical justification equest, provide documentation and ئىل ارفاق مىنتىدات وبدانات عن المنتج المطلو	l literature review.	
عثماد الخاصية بهم) d\Yes	end-user have the proper credentials ستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاح	معتمدين من الجهات الرسمية لام	(كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالته
Yes	of the requested equipment ready? (If yes, state the area/ ro	مكان جاهز للجهاز المطلوب)	(هل) يو حد
o No 13 For replace	ية فقط) ment / upgrade request only		
o A. Iten	n to be replaced/ upgraded (او ترقیته)	(البند المراد إحلاله أ	
No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
	It is the status of existing equipment and Clinical Engineering Department repo	ort that justifies the replace	ement.

	the cost, age, condition and annual usage of current equipment?
السنوي له)	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام
D. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
دعاتكم)	(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
o Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
o No	
st all efficiency	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,
dure time will o	(أذكر حميم المنافع التي المرحوة من الجهاز مثل الكفاءة في الحودة و الوقت) (ecrease
dure time will o	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)
dure time will c	(اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (ecrease
4, 4	
61.16	ecrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الحهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (ecrease) (على الجهاز يجتاج أي مستهاكات او مسئلزمات) es/ accessories needed for this equipment?
re consumable	
re consumable	es/ accessories needed for this equipment? (هَلَ الجَهَارُ يَجْتَاجَ أَي مِسْتَهَاكَاتَ او مَسْئَلُومَاتَ
o Yes	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
o Yes	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
• Yes • No	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
Yes No	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
re consumable Yes No No he approval fr	es/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يختاج أي مستهلكات او مستلزمات) If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment. (هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى اعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية) Director of Hospital / Health Facility Signature: (مدير المستشفى / المنشأة الصحية) (التوقيع) Signature: **Director of Department of Equipment Supplies** (التوقيع) (مدير التجهيزات بالمنطقة) **Director of Health Affairs in the Region** Signature: (مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) (التوقيع)

Stamp

المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia Ministry of Health الإدارة العامة للتجهيزات General Directorate of Equipment Supplies إدارة المنافسات واللجان الفنية Department of Tenders & Technical Committees (تموذج طلبات الأجهزة والأثاث) Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط). Note: 1- This form is to be used for only one type of device No. : Date: 2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج) Qty: 3- All Questions must be completed. (پجب الإجابة على جميع الأسئلة) نم لامرام لعدره 1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مرفع : (المدينة) 2. City 3. Region (المنطقة) باكار (BC) حمل إ بد عبر الم إلى السم الجهاز أو البند) 4. Device Name : (رقم الجهاز او البند) 5. Device Code 6. Purpose of Request (الغرض من الطلب): o Upgrade (ترقية) New (خدید) Replacement (احلال) (أخرى) Others o Expansion (تمديد) 7 Type of Device (نوع الجهاز):

o Capital equipment (جهاز عادي)

(جهاز مع مستهلكات) Consumable Deal

o Furniture (أثاث)

o Others (اخرى)

وزارة الصحة

		7 / 1 s	کلیل جد
Provide an	evidence – based clinical justificati	on for the use of this produ	ct. List all factors that
	request, provide documentation and		
	عل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلود		A 1161 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Maderings., the Practical Control States and Missesses and Applications.	وصية لحرار معدمات	BULL TO THE TOTAL PROPERTY BETTER TO WARREN THE TOTAL TOTAL TO THE TOTAL	
1	A Commission of the Commission		
		**************************************	A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O
	end-user have the proper credentials		
· magning management (in	ستخدام هذا الجهاز - يرجى ارفاق أوراق الاعد	هاز معتمدين من الجهات الرسمية لا	(هل العاملين على هذا الج
Yes		o No	
l. How man	y users are going to utilize this item	? Please in details. (بالتفصيل	رُكُم عدد مستخدمي هذا الجهار
		نىي	- V
2. Is the site	of the requested equipment ready?	يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب	(هان)
	of the requested equipment ready?		
Yes	If yes, state the area/ro	م حدد مكان وغرفة الجهاز) .com? طحير ما لمسسستي	(اذا كانت الاجابة بنع
Yes No	If yes, state the area/ ro	م حدد مكان وغرفة الجهاز) .com? طعير ما لمستعي	(اذا كانت الاجابة بنع
Yes No No 3. For replace	If yes, state the area/ ro ement / upgrade request only (پة فقط	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?om طحير ما لمستعي	(اذا كانت الاجابة بنع
Yes No No 3. For replace	If yes, state the area/ ro	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?om طحير ما لمستعي	(اذا كانت الاجابة بنع
Yes No No 3.For replace	If yes, state the area/ ro ement / upgrade request only (پة فقط	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?om طحير ما لمستعي	(اذا كانت الاجابة بنع
Yes No No For replace A. Ite	If yes, state the area/ ro 	م حدد مكان و غرفة الجهاز) ?om? طير ما لمستعنى المستعنى المستعنى الترق الترق الترق (البند المراد احلاله (البند المراد احلاله (Model / Manufacturer	(اذا كانت الإجابة بنع Serial No.
Yes No S.For replace A. Ite	If yes, state the area/ ro 	م حدد مكان و غرفة الجهاز) ?om? طير ما لمستعنى المستعنى المستعنى الترق الترق الترق (البند المراد احلاله (البند المراد احلاله (Model / Manufacturer	(اذا كانت الإجابة بنع
Yes No No A. Ite	If yes, state the area/ ro ement / upgrade request only (په قفط m to be replaced/ upgraded او ترقیته Equipment /Furniture Name (اسم البند)	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?om? طحير ما لمستعلى الترق الترق الترق (البند المراد اجلاله (البند المراد اجلاله (الموديل والشركة الصانعة)	(اذا كانت الإجابة بنع Serial No. (الرقم التسلسلي) A 4 - 6 59
Yes No No A. Ite	If yes, state the area/ ro ement / upgrade request only (پیة فقط m to be replaced/ upgraded Equipment /Furniture Name (اسم البند) at is the status of existing equipment an	م حدد مكان وغرفة الجهاز) ?om? طحير المستعين المستعين (اللإحلال والثرة (البند المراد احلاله (الموديل والشركة الصانعة) X - 21 Id why it no longer meet your and why it no longer meet your	اذا كانت الإجابة بنع Serial No. (الرقم التسلسلي) A 4 - 6 59 requirement? Attach a
Yes No Replace A. Ite B. When Copy of	If yes, state the area/ ro ement / upgrade request only (په قفط m to be replaced/ upgraded او ترقیته Equipment /Furniture Name (اسم البند)	م حدد مكان و غرفة الجهاز) ? ط المستعلى المستعلى والترق المراد احلاله والترق (البند المراد احلاله (الموديل والشركة الصانعة) الموديل والشركة الصانعة (الموديل والشركة الصانعة) الموديل والمسركة الصانعة المسانعة (الموديل والشركة الصانعة) الموديل والمسركة المسانعة (الموديل والمسركة المسانعة) الموديل والمسركة المسانعة (الموديل والمسركة المسانعة) الموديل والمسركة المسانعة (الموديل والمسركة المسانعة (المسانعة (الموديل والمسركة المسانعة (الموديل والمسركة (الموديل و	اذا كانت الإجابة بنع Serial No. (الرقم التسلسلي) A 4 - 659 requirement? Attach a nt.

4.1	country to an a fine to district the state of the state o
لسنوي له) .	(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام
	- Caronal
o D. Does the	replacement / upgrade product have disposable items in stock?
عاتكم) الماتكم	(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستو
Yes	If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
0 No 7	الذكر التكلفة والكمية ان وجد) ?If yes, list the cost and quantity والكمية ان وجد كالمر لحر التكلفة والكمية الم
4. List all efficiency	that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient,
rocedure time will	(اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت) (lecrease
5. Are consumabl	es/ accessories needed for this equipment? (هِلْ الجهاز بحتاج أي مستهلكات او مستازمات)
5. Are consumabl	es/ accessories needed for this equipment? (هِلْ الْجَهَارُ بِحَتَاجَ أَي مِسْتَهَلِكَاتَ أَوْ مُسْتَازُمَاتُ If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
	If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
	If yes, list the cost and quantity that will be used annually?
YesNo	If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
YesNo6. The approval fr	If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا) م النكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
YesNo6. The approval fr	If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
Yes No No 6. The approval fr	If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا) م حيا للم حيا للم المنافق ميا المنافة والكمية التي سوف تستخدم سنويا) om another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology (يجب ارفاق موافقة اوراعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتنع لها الجهاز الم
و Yes No The approval frepartment) (اللوب 7. What is the anti	If yes, list the cost and quantity that will be used annually? (انكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا) م النكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

للوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)	(هان الجهاز المط
Director of Hospital / Health Facility (مُعْمِينِ المستشفى / المنشأة الصحية)	Signature: وازة الصحة الصحة الصحة الصحة الصحة الصحة الصحة المسلم
Director of Department of Equipment Supplies (مدير التجهيزات بالمنطقة)	Signature: (التوقيع)
Director of Health Affairs in the Region	Signature:
(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)	(التوقيع)

المملكة العربية السعودية وزارة الصحة المديرية العامة للشئون الصحية بحازان مستشفى الأمراض الصدرية بحازان



الرقم : على من المعالم المراكب المراك

يَحْفَظَهُ الْلَّهُ وَيَرْعَاهُ

سعادة مدير عام الشئون الصحية منطقة جازان السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نرفع لسعادتكم حاجتنا الماسة جداً الى جهاز عدكرات الدم (CBC) وقد تمت مجموعة مخاطبات وهي :

- خطاب الى سعادة مساعد المدير العام للإمداد رقم ٣٨٨/ م ص وتاريخ ١٤٣٧/١/١٦هـ (مرفق صورة الخطاب)
- خطاب الى سعادة مساعد المدير العام للإمداد رقم ١٣٧٣/ م ص وتاريخ ١٤٣٧/٢/٢ هـ ومرفق معه محاضر تكهين الاجهزة، وصور من تقارير كثرة الاعطال (مرفق صورة الخطاب).
- خطاب من إدارة الصيانة الطبية بصحة حازان الى مستشفى الأمراض الصدرية رقم خطاب من إدارة الصيانة الطبية بصحة حازان الى مستشفى الأمراض الصدرية رقم صالحه وعير صالحه للعمل وقد عمل صور لـ (مرفق صورة الخطاب):
 - إدارة التجهيزات بصحة حازان
 - إدارة المختبرات بصحة جازان .
- خطاب الى سعادة مساعد المدير العام للإمداد رقم ١٧١٦٥٢ وتاريخ ١٤٣٧/٣/٩ه بحاجتنا الى جهاز الـ CBC (مرفق صورة الخطاب)

وبما ان أجهزة الـ CBC هي من أساسيات العمل في المستشفيات التي لا يمكن الاستغناء عنها، وكثرة تعطل الجهازين (المكهنين) أدت الى تعطل العمل لدينا .

لذلك نرجوا من سعادتكم - تلطفاً - التوجيه بتزويدنا بجهازين جديدة لعدكريات الدم الحمراء لتوقف

العمل على وجودها .

وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري ...

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

كور لمدير التموين الطبي ص. لرئيس قسم المختبر ص. لملف لمدف التموين الطبي الرقم المراقع المراقع



الملكة العربية السعودية وزارة الصحة للديهة العامة للشئون الصحية محازان مستشمى الأمراض الصدرية بحازان

سلمه الله

سعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة إلى خطاب مدير إدارة الصيانة الطبية بصحة حازان رقم ١١٣٦/٥/١٥/م/٥١ المرفق صورة لسعادتكم والمبني على خطاب شركة دار المعدات الطبية (مشروع الصيانة الطبي بجازان) رقم ١١٣٦ بتاريخ ٢٠١٥/١٢/٨ بخصوص تعطل جهاز عد كريات الدم سيسمكس وإلحاقاً لخطابنا رقم ١٢٧٧/م ص بتاريخ ١٤٣٧/٠٢/٣ هـ وخطابنا رقم ٣٨٨م ص بتاريخ ١٤٣٧/١/١ هـ المبني عطاب رئيس قسم المختبر بالمستشفى والذي يفيد فيه كثرة تعطل جهازي عد خلايا الدم وبان الجهازين قديمان ممايسبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد وهي كالتالي:-

- جهاز SYSMEX KX-21
 - جهاز بیکمان کولتر ACT

عليه مرفق لسعادتكم خطابات وتقارير الصيانة ومحاضر تكهين الجهازين بعد إطلاع لجنة التكهين تم تكهين الجهازين لكثرة أعطال الجهازين وكثرة صيانتهما وتجاوز عمرهم الافتراضي.

لذلك نرجوا من سعادتكم التكرم بتوجيه من يلزم لتامين الجهازين.

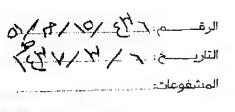
وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري..

119

مدير مستشفى الإمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد باجبيرًا

المملكة العربية السعودية وزارة الصحــــة صحة جازان





المحترم المحترم المحترم ص مع التحية لسعادة مدير إدارة المختبرات الطبية بصحة جازان ص مع التحية لسعادة مدير إدارة التجهيزات الطبية بصحة جازان سعادة مدير مستشفى الامراض الصدرية بجازان

السلام عليكم ورحمة اله وبركاته

شارة الي خطاب شركة دار المعدات الطبية (مشروع الصيانة الطبي بجازان) رقم 1136 بتاريخ 2015/12/8م بخصوص تعطل جهاز عد كريات الدم سيسمكس التالي:

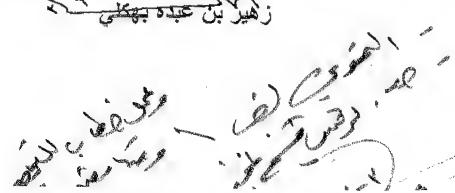
الرقم لاالتسلسلي	الموديل	الشركة المصنعة	اسم الجهاز	م
A4659	KX-21N	سىسىمكس.	جهاز عد كريات الدم	1

حيث تم استدعاء الوكيل شركة سيسمكس وحضر مهندس الوكيل بتاريخ 2015/11/26م وأفاد في تقريره ان الجهاز بحالة سيئة وغير صالح للعمل بسبب انتهاء العمر الافتراضي للجهاز ووجود صدأ بالأجزاء الداخلية للجهاز (مرفق صورة من تقرير الوكيل).

علية نامل من سعادتكم الاطلاع والإحاطة واتخاذ الاجراء اللازم بمخاطبة ادارة التجهيزات الطبية بصحة جازان بتوفير جهاز بديل حسب النظام.

مع أطيب تحياتي،،،،

مدير إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان بيه



التي مراساف التجهيزات بالصنانة العلبية لل مراساف التجهيزات بالصنانة العلبية العلبية المراسات العلبية العلبية المراسات العلبية العلبية المراسات العلبية العلبي

CIENTIFIC & MEDICAL EQUIP. HOUSE.

Limited Liability Company

C.R. 1010166664 C.C. No. 110970 Paid Up Capital 21:000.000 S.R.



دار العدات الطبية والعلمية

شركة ذات مسؤولية محدودة س بن ١٠١١٦٦١٤ غرفة تجارية رقم ١١٠٩٧ راس المال الدفوع! ٢١٠٠٠٠٠٠٠ ريال سعودي

سعادة / مدير إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بناءا على أوامر العمل الاتية

				_
ملاعقات	الموقع	الجهاز	رقم أمر العمل	م
			وتاريخه	
	أبو عريش الغربي	عد كرات الدم	Y - 10/11/A - 2 A V T	١
	الصدرية	عد كرات الدم	Y.10/11/77_0.0.	۲

والخاص بتعطل أجهزة عد كرات الدم سيسمكس المبينة بعالية تم مخاطبة الوكيل شركة سيسمكس وحضر المهندس للفحص وأفاد بتقريره أن الأجهزة بحاله سيئة للغالية وغير صالحة للعمل بسبب انتهاء العمر الافتراضي للجهاز ووجود صدأ بجسم الجهاز.

- لذا نرجو من سعادتكم الموافقة على تكهين الأجهزة الموضحة بعالية.
 - مرفق لسعادتكم صورة من أوامر العمل وتقرير الوكيل

و تفضيلوا يقبول وافر تحياتي،،،،،

الطبية فرع جازان المعدات الطبية ومخبرية المعدات الطبية ومخبرية المعدات الطبية ومخبرية المعدات الطبية ومخبرية المعدات المعدات





SMEH

QUOTATION

دار المعدات الطبية و

Phone 014647711, Fax 014631507

Quotation #	Date	Delivery
20102861	07/12/2015	07/02/2016

SNo	ITEM CODE	Description	Qnty	Unit	Price	Amount (SR)
1	44325371	GLASS CHAMBER GC-37	1.00	Pcs	1423.00	1423.00
2	97328226	DETECTOR BLOCK	1.00	Pcs	9113.00	9113.00
3	97329315	VALVE UNIT-B	1.00		11388.00	11388.00
4	44331691	AIR CYLINDER T-2437	1.00	Pcs	3234,00	3234.00
5	02103817	SRV REPLACEMENT KIT	1.00	Pcs	10788.00	10788.00
6	44116347	PIPETTE NO.57	1.00	Pcs	883.00	883.00
7	44234808	FITTING NO. 8-A	1.00	Pcs	588.00	588.00
		MOTHING	FOLLOW	Susana		
audl i	Rlyal thirty seven thous	sand four hundred seventsen only.		Di	and Total	37417.00 0.00
				N	t emount	37417.00
otes	· ABITADISH DUC	C KX-21N (A4721)			2	
A100	ENG. OURAISHI	تمر وشركاهما (A4721) FAX:017-3245600	وق ومامون	رشركة فار	-	
		Sysmex			ALAN AND THE STREET	

3337, Prince Sultan Bin Abdul Aziz Street Riyadh 12232 - 8052 K5A Phone: 2065204 / Fax: 2065208 FAROUK, MAMOUN-TAMER B. CD. P.O. Box 388, Riyadh 11411, KSA Phone: (01) 4024653 / Fax: (01) 4010290



Hospital Abu Anth Coops قسم الصانة الطبية Bio. Med. Eng. Dept.

أمرعمل صيانة وقائية / إصلاح

Job Order	
W. Order No. 4873	√
	امر عمل رقم السسيك
Date STUMBLE	التاريخ: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
FORIDATE THE MEN. Ambilia	
COMPUTER.	الجسيسان الم
CODE NO. 1 SR. WA4321	رقم الكنبيوتر،
MODEL, KY-2 LN	الرقم التملسلي ا ""
MANUFACTUREH.	الموديسسال
DEPARTMENT,	الصـــانـــع ا السا
DCLWINGTAL management of the state of the st	19
ورة أعلاه لم تنتهي بعد بسبب ، به NTERIM REPORT : THE ABOVE MENTIONED JOB COULD NOT BE COMPLETED DUE TO	تقرير أولي العملية المذك
MAT WOOD PROPERTY OF THE PROPE	gy tilk en polytide. Å på kik u men j ik sed sej ja mel durp jajde
1)) in the state of the state	26 yearsteart was a yez-year tarbé a terré a tarbé en tir year en tir
The same of the sa	an ago sa yere - hât ipjakêlanî pilakêr [.] Janlîbê
The state of the s	Pfique de la ració una estado mais estado por la junta de la secuencia de la constante de la c
DATE: SIGNATURE:	***************************************
تقريرنهاش FINAL REPORT	
The state of the s	Any frame for the series Andre Lit Floribition.
	\$\$ \$4\$ \psi \text{3.5}
1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	
	ary part of the sale of the sa
	The part of the pa
The state of the s	inggrand derection was derected with the state of the sta
PARTS USED Alarmi badi	
PART NUMBER DESCRIPTION PART NUMBER	DESCRIPTION
And the state of t	86an yy 984m pag 68an maggidda yy 1, 86a un 5, 586 d
The state of the s	p de Britan a de Separa Calair Calair (de Separa Calair de Separa Calair d
Signature of the state of the s	yaptibogustidor (864) nyazaboyistanog
	ydddidgyggiddigaethg-ggyddgggggggggggggggggggggggggggggggg
History of the control of the contro	t 18 frydd meg fi inwyth Mwygligduny 248 ti 8ffryd 18 Mwyses Staysyn 16 gwyglia fygy
REPAIRED BY: SITE MANAGER:	
	hanga 182 hilan a 1933 a 194 383 duwug 1 didd wa 1944 1
SIGN: SIGN:	
APPROVAL: THE JOB HAS BEEN CARRIED OUT SATISFACTORILY ملية الميائة الإضلاح بطريقة مقبولة	الوافقة القداتمات عد
OPERATOR'S HOSPITAL ENGINEER	
NAME: NAME:	Mar V gir li.
SIGN.; DATE SIGN.;	DATE

26/11 2015 THU 17:15 FAX





QUOTATION

Quotation# Delivery Date 20102646 26/11/2015 28/01/2018

SMEH

دار المعدات الطبية و

Phone 014647711, Fax 014631507

SNo	ITEM CODE	Description	Qnty	Unit	Price	Amount (SR)
1	01344931	DETECTOR BLOCK		Pcs	15883.00	15883.0
		MOTHING	FOLLOW	S *****		
						·
					,	
		,		ŀ		
				1		
				l		
İ			- F			
	į.		· ·	;		
	,					
	•					
audi Ri	val filteen thousand eig	ht hundred elighty three only.			nd Total count	15883.00
			- 6		amount	0.00 1588 3.00
otes :	CHEST HOSPITAL	KX-244 (54859) 140 (44 7)	100	35		
uad fr	ENG. QURAISHI FA	4X 08 984 1680 x - 1				
re :1	Otti i	MOH	AMMED A		K Receiver	's Signature

The Strial Reduction Reduction Contact Person Cay J32612 Serial Number A4659 Cycle Counter (15334) TWOYNING PALAMETER WOCK dama ged Part Number Qty Source Remarks TER BLOCK TERR BLOCK T
Fig. 1. Serial Number A4659 Cycle Counter (13336) TWOYNING FAIRMETER WBC/RBC/PITS NOT YOUR CTION : DETECTOR LLOCK dama ged
Serial Number A4659 Cycle Counter 113235 TWOKING FROM CTEK [WBC/RBC/PITS] NOT YOURS CCTION; DETECTOR HOCK damaged
Serial Number A4659 Crite Counter 113335 TWOMING FALOMETERS [WBC./RBC./RBC./PLTs] MET YEARS CCTION; DETECTOR LOCK dama ged
Serial Number A4659 Cycle Counter (13335) TWYXIVY E PARAMETEK [WBC/RBC/PITS] MOT YOUR OCTION; DETECTOR WOCK damaged
ection; DETECTOR Work domoged
TWOKING [PARMETERS [WBG/RBC/PIRE] MET VENTE CITION; DETECTOR HOCK doma ged
ection; DETECTOR Workdomaged
Part Number Qty Source Remarks TER BLOCK
TeR Block # Part Number Oty Source Remarks
TERBLOCK # Part Number Qty Source Remarks
TER BLOCK #
archine needs for spare parts as aboute;
archine needs for spare parts as above; needs for spare parts so its
to replace machine with
Travel Time 2200 Working Time 0 My
Mad Abdul Roze & Date Service: 26 11/2015 Sign.: Make 4
Stamp
Customer / Eng Position



Hospital Chest Hospital القسم الصانة الطبية Bio, Med, Eng, Dept,

أمر عمل صبائة وقائلة / إصلاح

*			
9 		<u>lob Order</u>	
W, Order No. 50	30	AMADAMETER RÜSER DER GERN TOTAL	ر عمل قم :نسنسسسسف
4 4	215 -		تاریخ: <u>ع۲/ک</u> رسلاسیدسهس
Date 24(1/1		tarios actroverso of t	mighing in the property of the contract of the
COURTED THE AND	colology Ar	dir	adetevery constitution of the distance of the
EQUIPMENT THEAT	The state of the s		
COMPUTER:	SANO:	A4659	رقم الكمبيوتر، سيسسست
CODE NO.	10x,210	SECURITY TO SECURITY	الرقم التسلسلين وسسسسسس
MODEL,	Richard		الموديسيسل،
MANUFACTURER	1 . L		الصالح ا
DEPARTMENT,	**************************************	DOTAL SALAS AND ARCHARD SALAS	The state of the s
INTERIM REPORT : THE ABOVE MEN	MONED JOB COULD NOT BE	پىدىسىپ، ناCOMPLETED DUE TO	تقرير أولى العملية المنكورة أعلاه لم تنتهر
40-14-0-0-0-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-	N/64	win	
	17107	W0, V2	**************************************
10	Azm to	Son Co	
1 200	10 ter 570	ne Vago	934
DATE: 261412	RFQ. NO.:	SIGNATURE;	
	FINAL RE	تقریرنهائی PORT	
And were for the market of the state of the	near d'hungan manadanneanagandeanafahl i ful béwaren ,	ornapinous united 3 pt 4 2 oct 3 f 5 3 3 1 4 tournapier or an inclosionary octobrate and our residence of the contraction of th	
APAN STATES OF S	, and deliver the state of the	CHAN BARA Barrage VV present VIVIII 1 prature a mal histologism histologisch in den der de den september 1995	,
more and and of I was Top or served by these hand and an analysis and a served management	ментек и и примесен и пример је и пред је	ode tokok na na 1960 jepuwy vronopou ump animpikologizato omrozonie po kan zaad i deka.	
Sandy 1925 in 14 year and an annual manual and a sand a sa		01	
#1 F4+F7####\$	2.00 Mg	***************************************	4 65 ft ⁴⁴⁰ , ⁴⁴ 4 věásovy spravy pramkradbu vysta bes i dem slavy sádaka (7 byta y m
ال ويدانية الله المساولة لا الله يُون الكرانية الكرانية عن مستون في سيانيون والرانية والان المانية الله المانية	EV 11 6 10 ¹⁰ 10 v es a company of the present a base of the fact of the fac	B COLLABORATION OF THE SALES SALES COLLABORATE CANADAS CANADAS COLLABORATES OF THE COL	4400444
	PARTS US	القطع الستعملة - ED	
PART NUMBER	DESCRIPTION	PART NUMBER	DESCRIPTION
mende mend werppy populative	4 KM 64 6 E B B B B B B B B B B B B B B B B B B	6	***************************************
**************************************	ALS DECOMPLANT SALES WERM FRANCISCO DE 2012 DOS DOS DOTOTOTO SO 1947 2 22	³ ti lyvya pyras ystawyw zaczyna costopo sa chimosumosot Ysa (p. 6400 6422 i b. 640). 5 p. dijy j pylosovym sucetus opposaczaczackiemostkie oczaczaczaczaczach.	
	45 ± 100 × 1	p 188842 bin bin bind d _e profit — d _e profit grave gravite grave grav	100802000774464444444444444
madaments jet i aligalistoste errecente das partom chanes mas entres universanismentano	>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>		######################################
**************************************	\$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$	2507780 PY+14	
15 let 41		erregister spåg-skalbingerskaltendingsmittendingspillendreggebrætererretterer - T. C	The second secon
HEPAIRED BY :	•		MANAGER:
NAME:			ME . GARACTERSCOPERENCE SERVICE SERVIC
SIGN:		. \$10	N:
	1		
APPROVAL : THE JOB HAS BEEN	CARRIED OUT SATISFACT	صلاح بطريقة مقبولة ORILY	الوافقة ؛ لقد تمت عملية الصيانة الإ
•		HOSPITAL ENGINEER	1
OPERATOR'S			,
NAME:		NAME: ,	***************************************
PION .	DATE	SIGN ·	DATE





سمكه تعربية لسعودية رزرة شبحة مديرية تعامة مشتون الصحية نحاران مستشفى الأمرض بصدرية حاران

سلمه الله

سعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إلحاقا "لخطابنا رقم ٣٨٨م ص بتاريخ ١٤٣٧/١/١٦ه المبني على خطاب رئيس قسم المحتبر بالمستشفى والذي يفيد فيه كثرة تعطل جهازي عد خلايا الدم وبان الجهازين قديمان ممايسبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد وهي كالتالي:-

- SYSMEX KX-21 حهاز
 - جهاز بیکمان کولتر ACT

عليه مرفق لسعادتكم خطابات وتقارير الصيانة ومحاضر تكهين الجهازين بعد إطلاع لجنة التكهين تم تكهين الجهازين لكثرة أعطال الجهازين وكثرة صيانتهما وتجاوز عمرهم الافتراضي.

لذلك نرجوا من سعادتكم التكوم بتوجيه من يلزم لتامين الجهازين.

وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري..

مدير مستشفى الإمراض الصدرية بجازان المديدة بجازان المديدة بحاران محمد كالحبير

مُص/للشموين نطبي ص/ لملف لتموين لطبي ص/ لمراقبة لمخزون ص/ لمصحتم



المملكة العربة السعودية وزارة التمحة المديرية العامة للشئون الصحية بجازان مستشفى الأمراض الصدرية بجا زان إدارة مراقبة المحزون

محضر تكهين

أنه في يوم الثلاثاء الموافق ٢٢/٠٢/٠٢ هـ تم الاطلاع من الجنة المكلفة بالتكهين على الجهاز الموضح بياناته أدناه لتكهينه مع توضيح سبب التكهين و تقرر بعد الاطلاع من الجنة بأن الجهاز لا يعمل بصورة صحيحة لكثرة أعطاله وصيانته ولتجاوز عمره الافتراضي و بعد الاطلاع على تقارير الصيانة المرفقة قررت اللجنة تكهينه وجرى التوقيع على ذلك .

أسباب التكهين	الرقم التسلسلي	الشركة الصانعة	الموديل	اسم الجهاز	الرقم
كثرة اعطال الجهاز.	A4659	sysmex	Ks21	Sysmex kx-21	1
كثرة الصيانة وتركيب قطع الغيار المكلفة					
تجاوز العمر الافتراضي.					

ويس القسم المستام للحهاز وثيب القسم المستام للحهاز وثيب القسم المستام الحهاز المراهم عمد سمسم مديش صديق طوم عامل المراهم عمد سمسم مدين التطبي المراهم المدير التطبي المراهم المدير التطبي مقرى عمد البراهيم المدير المستشفى الأمراض الصدرية بجازان

ص/ للتموين الطبي ص/ لمراقبة المخزون ص/ لقسم المختبر ص/ للحنة التكيين

ص/ لملف التكهين ص/ للصيانة الطبية

ص/ لمأمور .لاحهزة

 الملكة العربة السعودية وزارة الصحة المسعودية العامة للشئون الصحية بحازان مستشفى الأمراض الصدرية بحا زان إدارة مراقبة المحزون

محضر تكهين

أنه في يوم الثلاثاء الموافق ٢٢/٠٢/٦١ ه تم الاطلاع من الجنة المكلفة بالتكهين على الجهاز الموضح بياناته أدناه لتكهينه مع توضيح سبب التكهين و تقرر بعد الاطلاع من الجنة بأن الجهاز لا يعمل بصورة صحيحة لكثرة أعطاله وصيانته ولتجاوز عمره الافتراضي و بعد الاطلاع على تقارير الصيانة المرفقة قررت اللجنة تكهينه وجرى التوقيع على ذلك .

[أسباب التكهين	الرقم التسلسلي	الشركة الصانعة	الموديل	اسم الجهاز	الرقم
	كثرة اعطال الجهاز.	6706366	Beckman	Ac.T	Act Diff	١
	كثرة الصيانة وتركيب قطع الغيار المكلفة		coulter			
	تجاوز العمر الافتراضي.					

المستلم للجهاز رئيس القد الحيانة العامة رئيس قسم الصيانة الطبية الرائيس مديش صديق طوطي المرائيس مديش صديق طوطي المرائيس مديش صديق طوطي المرائيس مدير مراقبة المحرون المدير الطبي الرحن عسني مرائية المحرون عسني مرائل المراض الصدرية بجازان تصديق مدير مستشفى الامراض الصدرية بجازان الختم الختم الختم الختم المحرونة بجازان

ص/ للتموين الطبي ص/ لمراقبة المعزون ص/ لقسم المحتبر

ص/ للجنة التكهين ص/ لملف التكهين ص/ لنصيانة العلية

ص/ لمأمور الاحهزة

G.Floor, Bid. = 5, Zone -A Business Gate Compley, Riyadh Prone: 2065204 / Fax:: 2065208

Gustomer Service Report



FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO. P.O. Box 388, Ryadh 11411, KSA

Installation	gent/ 5 Demo/	Training	In House Re	mai- I	Under Contact	La	bor .	;
Warranty	DER / Upgrade Veterina		Others		011221 20110391		rts & Labor I.	PPIK INC.
Emergency	Pack / Reinstal: Inspection			$=\pm$		-	agent	Visit No.
2110.941107								
Customer		·			Dat	te _		
ontractor					Pho	ne _		
					Fax			
epartment	Conta	ct Person			City	/ <u> </u>		
odel	Serial	Number	· Vage		Cycle Cou	ınter		
all Reason								
]								
ork Done								
rther Action	•							
					···			
rts Replaced / Req	uired			Part Num	ber	Qty	Source	Remarks
								
								·
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
	`							
17.6								
aitionai Into								
								- <u></u>
Call Started at	Travel Time		Working Ti	me			Job Comp	leted?
		[WOTKING TH	110				
gineer:		Date Servic	e:		Sign	n.:		
					(]f ap	plicable)		
r / Customer		Customer /	Eng					Stamp (if applicable)
ition		Position						
		Date					1	
٦.								



EXTAMER

24872

FAROUK, MAMOUN-TAMÉR & CC P.C Box 388 Riyadr 11411, KSA

Installation	PPM	Demo/7	raining	In House Repair	. Under Contac	LE	551		
Warrant,	ECR / Upgrade	Veterinar	,	Others		Pa:	ts & Labor	PPM No) Of
Emergency .	Pack / Reinstair	Inspectio	n .1			R±	egent i	Visit No. 1	. 01
	*			•					
Customer					D	ate _			
Contractor	<u>, </u>				Pi	hone _			
					_				
					r	3× —			
Department		Contac	t Person		C	ty _			
Model	in t	Serial	Number		Cycle C	ounter_			
_									
Ceason	-								
Work Done		<u> </u>	—						
	100 \$								
urther Action ———									
arts Replaced / Requ	ired			Parl	Number	Qty	Source	Remarks	
arts Repraced / Requ	THE CO				. Italiibei	227	300,00	7,611,611,6	
						\vdash		<u> </u>	
		 							
	1 / 1 2	7.	1.4	-					
				-d					
	<i>F</i> :								
		h= =	**						
		```							
dditional Info									
<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>				. :		
	· •	, .	<u> </u>	-					
Call Started at	Travel	Time		Working Time			Job Comp	leted? :	
	Name of the second seco								
ngineer:			Date Servi	ce:	S	gn.:	·	<del></del>	
<b>.</b>	1 :				ar	applicable)			
ser / Customer	12 23 3 5 5 - 5 1 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5		Customer /	Eng				Stamp ('f appneadic'	
osition	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1	Position						
ate			Date						
gn,		,	Sign.						



19324



FAROUK, MAMOUN-TAMER & CC. R.C. Box 388, Riyadr 11411, KSA

Installation	PPM	Demo/7	reining	In House	Resar !	: Unaer Co	intect	reps.	<u>;</u>	
Warranty	ECR. / Upgrade	Veterinar	•	Otners				Parts & Labor	PPH I+s	Of.
Emergency:	Pack / Reinstell	Inspectio				_		Reagent	Visit No.	Of ;
Customer							Date			
Contractor							Phone			
							Env			
							Fax	-		
Department		Contac	t Person				City		,	
Model		Serial	Number			Cycl	e Counte			
Call Reason										
								ود رسیده د و درودها داناه درود و دانده		
rk Done				3.5	:;	5				
					<del></del>	<del></del>				
			·	<u>. (-1 : '</u>	1 16 4					
Further Action										
Parts Replaced / Requir	ed				Part Nu	mber	Qty	Source	Remarks	
								-		
							_			
									· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
			- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		-					
		·····								
Manager 2										
	£3							-		
								-		
		3			1					
Additional Info										
									:	
Call Started at	Travel Tim	10		Working	Time	;		Joh Co	mpleted?	· ·
Call Started at				VVOIKING	Time	:		308 00	mipleted:	·
Engineer:			Date Servi	ce:			_ Sign.:		· · ·	
Jser / Customer			Clistomer	' Eng			(If applicat	le)	Stamp	
Position			Position	LIIY					(If applicable)	
			Date							
								-		
Sign.			Sign.							



19821



FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO. P.O. Box 388. Riyadh 11411, KSA

Installation	PPIK	Demo /	Training	In House R	epar i U	naer Contect	Lasor		
Warrant,	ECR / Upgrage	Veterin	∂r,	Otners			Parts & Labor !	PPK No.	Df.
Emergency	Pace / Reinstall	Inspect	ion 1		]		Reagent !	V:s.t No.	O.
Customer						Date			
Contractor						Phone			
						per			
						Fax			
Department	-	Conta	act Person			City	-		
Model		Seria	Number	<u> </u>		_ Cycle Count	er		
					<del></del>				
C Reason									
Work Done -		<u> </u>	7 1 /	18.69	<u> </u>	<u> </u>		173	
Work Done			·						
	<u> </u>	3 , 1		11, 11		<u> </u>			
Further Action	•				<u> </u>				
						·			
							<del></del>		
Parts Replaced / :Rec	quired				Part Numbe	r Qt	y Source	Remarks	
	1:41-1	Compression of the second	<del></del>						
	in the	<del></del>					1	<u>-</u>	
	بر منز ، :	<del>.                                    </del>							
							4		
			·						
			-						
			17.						
			•						
					<del></del>				
Additional Info							1		
	. •		<u> </u>	and the	, er		y.		
Call Started at	Trav	el Time		Working T	ima		Job Com	nleted?	
July Dialect at				VVOINIIY I	1 .			pleted? , \/	<u> </u>
Engineer:		_	Date Servi	ce :	21 1	Sign.:	2 - 5	The second secon	
			1			<i>_</i>		-	
lser / Customer			Customer /	Eng		(If applica	ible)	Stamp	
			}					(If applicable)	
osition			Position						
ate			Date				-		
Sign.			Sign.				1		

# CVCMA

3337, Prince Sultan Bin Abou Aziz Street Piyadn 12232 - 8052 K54 Prione: 2065204 / Fax : 2065208

## **Customer Service Report**

17538



FAROUK. MAMOUN-TAMEP & CC P.C. Box 388 R.yadt 11411, KSA

Installation	PPI:	Dems / Training	In House Recar	i brost Contact	_2555"	
Warrant,	ECR / Upgrase	Veterinary	Others	namental ventamen	Perts & Labor .	PPH I.C. 10°
Emergency ,	Pac- / Reinstal.	Inspection ,		=	Reagent	Visit No. Of
Customer		<u> </u>		Dat	e	
Contractor				Phr	ne	
CONTRACTOR				1110		
				Fax		
Department		Contact Person		City		
				<b>3</b> 11,		
Model		Serial Number		Cyrle Co.	nter	
I'IUUCI , ,, and an						
5		-				-
Work Done						-
Parts Replaced / Requ	ired		Part No	umber	Qty Source	Remarks
						:
	<i>F</i> :					
Additional Info						
Call Started at	Travel Tim	ne .	Working Time	·	Job Com	pleted? -
ingineer:		Date Service	ce :	Sign	n.; <u> </u>	
				(li ap	Plicable)	
ser / Customer						
		Customer /	Eng			Stamp (Ii applicable)
osition		Customer / Position	Eng			
osition			Eng			



G Fioot, Bid. #5, Zone - # Business Gate Complex, Exit 8 R yadr. Phone: 2065204 / Fax: 2055208

25914

FAROUR MAMOUN-TAMER 8 CC FG Box 388, Riyadr 11411 KS4

Installation	PPM	Damo / Training	In house Repair	. under Contact	LECC	
Warrant,	ECR / Upgrade	Veterinar.	Otners		Parts & Lapor 1.	PPM No   Of
Emergency 1	Pack / Reinstell	Inspection			Reagen:	Visit No
Customer	and the second			Date		
Contractor				Priorie		
•				Fay		
Department	. 11	Contact Person		City		
Model	1	Serial Number		Cycle Counte	r	P Top Some special and the spe
Call Reason						1
Work Done						
Further Action						
Parts Replaced / Requ	uired		Part Nun	nber Qty	Source	Remarks
					-	
					-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
					-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
·.					1	
					1	
	- ' "					
Additional Info						
the state of the s	ti ya ili ya	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<del>j.</del>			
Call Started at	Travel Tir		Working Time		Job Comp	oleted?
Engineer:		Date Service	* 4	Sign.:		
ser / Customer		Customer / E	ng	(ĵi applicab	le,i	Stamp
osition	71.00	Position				(If applicable,
ate	12.				- 1	
	<del></del>	Date			-	
ign.		Sign.			!	

# sysmex

€

#### **Customer Service Report**

**EXTAMER** 

FAROUR, MAMOUN-TAMER & CC P.C. Box 388 P.yaon 11411, KS4

333 Prince Sultan E Rivadin 12232 Prione : 2065204	- 8052 KSA		14187		FAR P.G.	DUF, MAM Box 388	OUN-TAMER & ( P.yacr 11411, H
Installation Warrant Emergency	ECF , Upgrade	Demo / Training  Veterinary  Inspection	Ir house F Others	essa Una		ans & Lacor	PPM No CO
Customer					_ Date		
Contractor						-	
					_ Fa>		
Department :-		Contact Person .					
Model .		Serial Number_	P	(	Cycle Counte	r	
	-						magnetic enterprise descript descriptions de public agreem mass su
Work Done		<u> </u>					the second secon
*							The second secon
Further Action	•						
			4				والمستني لمنظ والمنطقة والمنا المناسبة
Parts Replaced / Rec	guired			Part Number	Qty	. Source	Remarks
	**************************************					-	
			<del></del>				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		· ·					
<del>-,</del>		·					
						-	
				-			
							<u> </u>
Additional Info							
C-11 C+- +   -+			<u> </u>				
Call Started at	Travel 1	ine	Working T	ime		Job Com	pietea?
ngineer:		Date Ser	rvice :		Sign.: _		
ser / Customer		Customs	er / Eng	<del></del>	(II applicable		Stamp
osition		Position				- institution of the state of t	(Н аррисави
ate		Date				_	
gn		Sign,					

# sysmex

€

Sinn

CECET322 (G) (M) (F) Customer Service Report

21020



G.Ficor Bid = 5 Zone -4 Buciness Gate Complex Piyach Prione : 2065204 / Fax 206		21020	FAROUY M PC Bo> BB	AMOUN-TAMER & CO 8 Plyadi 11411, KS
Installation PPIN Warrant ECR / Upgr	Demo . Tra ning  Veterinar.	In House Regar . Under Others		PPINNS OF
Emergency Pack / Rem	stal   Inspection	i	Reagent	Visit No. 1   Of
Customer			Date	
Contractor			Phone	
		-	Fa>	
Department	Contact Person		City —	
Model	Serial Number	Cy	cle Counter	
Call Reason				- AND
Work Done				
Further Action		-		
		·		
Parts Replaced / Required		Part Number	Qty Source	e Remarks
· · ·				
	£			
Additional Info				
			7	
Call Started at	Travel Time	Working Time	Job C	ompleted?
Engineer:	Date Servi	ce :	Sign.:	
User / Customer	Customer /	Eng	()( applicable)	Stamp (I: applicable)
Position	ļ			
Date	Date			

Sian



Position

## Customer Service Report

**E** TAMER

21102

FAROUK, MAMOUN-TAMER & CC P.O. Box 388, Riyadr 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Repair	Under Con	tact La	55.	ı
Warranty .	ECF / Upgrade	Vaterinary-	Others		Pa:	TS & Labor	PPIA IVO.
Emergency	Pack / Reinstall	Inspection			Re	apen:	Visit No.
epartment		Contact Person			Fax — City —		
lodel		Serial Number		Cycle	Counter		
all Reason							
Vork Done ———					F	accept A Marie 1	
urther Action							
arts Replaced / Requ	uired		Par	Number	Qty	Source	Remarks
					.   -		
3	<u> </u>						
				i.e.			
1	N. T. W.						
				: ,			
	<b></b>						
The state of the s					-		
							1
		12 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20	***************************************				
dditional Info							
	1			, .	-1		
Call Started at	Travel Tir	ne	Working Time			Job Com	pleted?
ngineer :		Date Servi			Sign.:		
er / Customer 🕌	* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	Customer /	Eng		(Il applicable)		Stamp (If applicable)

Position



لملكة العربية السعودية وزارة الصحة سديهة العامة للشئوان الصحبة محازات مستشفى الامراض الصدارية محازات

سلمه الله

سعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة الى خطاب رئيس قسم المختبر بالمستشفى ( مرفق ) والذي يفيدكثرة تعطل أجهزة CBC مسروأيضاً قديمة جداً .

لذلك نرجوا من سعادتكم التكرم بتوجيه من يلزم لتأمين جهاز .

وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري ..

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ.أسامة بن مرموباجبير

- West

ص. لريس قسم المحتو مر ص. لمدير التسوين الطي ص. لملف التسوين الطي



المسكة العربية السعودية وزرة الصحة المبرية العامة الشتاران الصحبة محازات المستشمى الأمراض الصداية محازات

سعادة مدير مستشفى الأمراض الصدرية المحترم

تحية طيبة وبعد

بناء على المحضر المرفق لكم والذي يفيد بأن جهازي عد خلايا -1- الدم sysmex kx-21

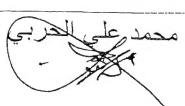
2- جهاز بیکمان کولتر ACT

جهازان قديمان وكثيرا الأعطال مما سبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد ...

لذا نأمل من سعادتكم بعد التكرم بالإطلاع الإيعاز إلى من يلزم بطلب تأمين جهازين بديلين لعد خلايا الدم C.B.C

هذا ولكم مني جزيل الشكر

رئيس قسم المختبر



10/V D1557/1/10 لرقم : .....لرقم :

التاريخ : .....

لمصعوعات : .....

لمذكة العربية السعودية وزرة الصحة تنديهة الدمة الشئون الصحية نجاؤان مستشفى الأمرض الصدارية عازان

)

سعادة مدير مستشفى الأمراض الصدرية المحترم تحية طيبة وبعد

نفيدكم بأن جهازي عد خلايا الدم

sysmex kx-21-1

-2بیکمان کولتر ACT

جهازان قديمان وكثيرا الأعطال مما سبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد ...

لذا نأمل من سعادتكم بعد التكرم بالإطلاع الإيعاز إلى من يلزم بطلب تأمين جهازين بديلين لعد خلايا الدم C.B.C

هذا ولكم مني جزيل الشكر

رئيس قسم المختبر محمد علم الحزبي

رئيس فنيي المختبر محمد علي جبران